Nr. 3. 21. stycznia 1923. Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. JÓZEF SPIRA. (jun). Kraków.

Przyczynek do patologji i kliniki nowotworów chrzęstnych krtani *).

Do rzadkich spostrzeżeń w dziedzinie nowotworów należą chrzęstniaki krtani. Rzadkość ta (dotychczas około 50 przypadków w piśmiennictwie opisanych) tłómaczy się nietylko małą ilością tych nowotworów, ale także tym faktem, że znaczna ich część nie może być za życia rozpoznaną. Jeden z tych przypadków, w którym również dopiero badanie pośmiertne wyjaśniło przebieg, pozwalam sobie podać; przypadek ciekawy zarówno ze względu na swój obraz patologiczno-anatomiczny, jak również z powodu rzadkiego powikłania, które sprowadziło zejście śmiertelne.

P. S. wyrobnik, 53-letni, cierpi od 3 lat na chrypkę. Do zaburzeń głosu dołączyły się przeszłego roku zaburzenia oddychania, które powoli się zwiększały i doprowadziły dwukrotnie do napadów duszności. Z powodu silnej duszności przybywa chory do kliniki. Badanie w dniu 31. VII. 1921 r. wykazuje: Mężczyzna średniego wzrostu, chudy, zresztą jednak o silnej budowie. Duszność wdechowa i wydechowa, z silnem zaciaganiem mięśni oddechowych przy wdechu. Obrzmienia gruczołów nie ma.

Badanie krtani: obie chrząstki nalewkowe silnie obrzękłe, ich ruchomość ograniczona. Odwodzenie strun głosowych zmniejszone, silniej po stronie prawej, jak po lewej. Struna głosowa prawa dobrze utrzymana, lewa wałowo zgrubiała tworzy część obrzmienia, które wychodzi z lewego więzadła rzekomego i sięga aż do przestrzeni podgłośniowej. Przy oddychaniu otwiera się głośnia tylko bardzo nieznacznie.

Z powodu silnej duszności wykonano natychmiast typowe rozcięcie tchawicy. Przebieg pooperacyjny prawidłowy z podniesioną nieco ciepłotą wieczorową. 4. VIII. nagłe podniesienie ciepłoty do 39·7°, które się obniża po zawijaniach i zażyciu aspiryny. Badanie rany wykazuje ropny nalot i lekkie zaczerwienienie otoczenia, zresztą jednak tylko mierny odczyn zapalny. Wewnętrznie: zapalenie oskrzeli, które jednak nie tłómaczy tej wysokiej ciepłoty. W następnych dniach mierna gorączka (37—38°) 15. VIII. znów 39·8; od tego dnia stale wysoka ciepłota o charakterze septycznym (40—37·5). Chory narzeka na bóle w okolicy prawego obojczyka i tam wyczuwa się ciastowate miękkie obrzmienie. 20. VIII. dreszcze, 21. VIII. obrzęk prawego ramienia, 24. VIII. zapalenie płuc w prawym płacie dolnym, 28. VIII. obrzęk prawego stawu kolanowego. Chory dostaje leki nasercowe, elektrargol, roztwór Pregla wśródżylnie; wśród wzrastającego zapadu i wyczerpania następuje 31. VIII. zejście śmiertelne.

Badanie pośmiertne wykazuje: rana po rozcięciu tchawicy bez odczynu. Z prawej połowy chrząstki pierścieniowatej wychodzi guz wielkości orzecha laskowego, o konsystencji twardej elastycznej, który na tylnej ścianie krtani przekracza linję środkową i przechodzi na lewą stronę chrząstki pierścieniowatej. W górze sięga guz blizko $1/2$ cm poniżej strun głosowych. Powierzchnia przekroju ma barwę niebiesko-białą, znamienną jest dla tkanki chrząstkowej; w środku obfite złogi wapna. Błona śluzowa bez zmian. Struny głosowe prawdziwe, jakoteż i rzekome, zwłaszcza po stronie lewej, obrzękłe, niemal się stykają, zakrywając w ten sposób wejście do krtani. Zapalny obrzęk gruczołów chłonnych w okolicy górnego dołu obojczykowego i pachy po stronie prawej. Zapalenie okołożylne i zakrzep żyły obojczykowej i pachowej, ten ostatni zropiały. Nacieczenie tkanki okolicznej. Kilka zropiałych zawałów w prawym dolnym płacie płucnym, wysięk włóknikowo-ropny w jamie piersiowej, pojedyncze ogniska zapalenia zrazikowego w prawym, dolnym płacie płucnym. Surowiczy wysięk w lewym stawie kolanowym. Ostre zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego, wątroby i nerki, ostry obrzęk śledziony.

Mikroskopowo składa się guz z tkanki chrzęstnej szklistej, w której utkanie podstawowe przeważa nad komórkami; mało zmian wstecznych.

Epikryza: Chory cierpi od lat na guz chrząstkowy krtani, który jednak powoduje z powodu powolnego wzrostu tylko nieznaczne dolegliwości. Przypadkowe powikłanie, może ostry nieżyt górnych dróg oddechowych, pociąga za sobą ostry obrzęk krtani, co z powodu już przedtem istniejącego, znacznego ścieśnienia dróg oddechowych jest przyczyną nagłego napadu duszności, tak, że trzeba natychmiast wykonać rozcięcie tchawicy. Rana goi się dobrze, mimo to zdaje się być punktem wyjścia zakażenia. Zarazki dostają się z rany do dróg chłonnych i wywołują zapalenie gruczołów chłonnych nadobojczykowych, stąd gorączka w 5 i 6-ym dniu po operacji. Po kilku dniach ciepłota opada, ale w 16-ym dniu występuje zaostrzenie się zapalenia, które przechodzi na otaczającą tkankę łączną i prowadzi do zapalenia żylnego i do zakrzepu żyły podobojczykowej i pachwinowej. W 21 dniu po operacji przychodzi do zalania krwi bakterjami (dreszcze) i do posocznicy ogólnej.

Co do charakteru guza, należy on do nowotworów chrzęstnych krtani. A l e k s a n d e r, któremu zawdzięczamy pierwszą monografję o tych rzadkich nowotworach, dzieli je na 5 grup: 1) Wyrośle chrzęstne (*ecchondrozy*) tj. łagodne wyrosty chrząstkowe, wyrastające z narządu macierzystego i wykazujące to samo utkanie, co tkanka macierzysta. 2) Chrzęstniaki tj. guzy chrząstkowe, wyrastające wśród i ze stałej chrząstki, mające jednak skłonność do zwyrodnienia, przyczem narząd macierzysty ulega w pierwszym rzędzie zmianom. 3) Nowotwory mieszane tj. chrzęstniaki w związku z innemi tkankami. Do tych 3 zasadniczych grup dodać należy jeszcze dwie podrzędne tj. 4) nowotwory zapalne, zawdzięczające swe powstanie sprawie zapalnej i 5) przypadki ogólnego przerostu jednej lub kilku chrząstek krtaniowych. Podczas gdy wyrośle chrzęstne są, według A l e k s a n d r a, guzami dobrotliwemi, rosną powoli tylko, dają dobre rokowanie a nawet wyjątkowo mogą nie dawać żadnych klinicznych objawów to chrzęstniaki i nowotwory mieszane mają charakter złośliwy, każą rokować źle i mogą powracać. Grupa 4 i 5 ma znaczenie podrzędne, już choćby ze względu na małą ilość. spostrzeganych przypadków.

Ten podział nowotworów chrzęstnych krtani, który także późniejsi autorzy zatrzymali, wydaje mi się, ze stanowiska klinicznego i czysto praktycznego, nie całkiem słuszny (choćby nawet histologicznie był uzasadniony, co też nie jest pewne, bo zdania histologów są tu dosyć rozbieżne — B o r s t, R i b b e r t i inni). Guzy chrzęstne krtani, zarówno wyrośle chrzęstne, jakoteż i chrzęstniaki, względnie nowotwory mieszane, mają tyle wspólnych cech klinicznych, że tak daleko idącego różniczkowania nie da się zawsze przeprowadzić, a pod niektóremi względami, przedewszystkiem ze względu na leczenie, jest ono nawet niepożądane. Obie główne grupy mogą wychodzić ze wszystkich chrzęstnych części krtani, obie wywołują dolegliwości i oznaczają się skłonnością do rozszerzania się i mniej lub więcej powolnym wzrostem, obie wreszcie prowadzą przez swe usadowienie w tak ważnym narządzie do bardzo groźnych objawów. O skłonności do nawrotów możemy chwilowo niewiele powiedzieć, gdyż dotychczas opisano dopiero dwa takie przypadki.

W tem miejscu należy zwrócić uwagę na jeden szczegół, bardzo ważny, który może dać łatwo powód do nieporozumienia. Rozmaici autorowie opisali dobrotliwe guzy chrzęstne krtani, całkiem nieszkodliwe i nie wywołujące żadnych zaburzeń. Tu należą dwa przypadki guzowatości chrzęstnych na chrząstce obrączkowej i tarczykowej, które V i r c h o w przypadkowo wykrył przy sekcji; następnie wyrośle, które, według R o k i t a ń s k i e g o, znajdują się czasem na tych chrząstkach i później często kostnieją. W i t t e opisuje dwie wyrośle chrząstkowe, które nie sprawiały żadnych zaburzeń i odkryte zostały przy przypadkowem badaniu krtani. W i t t e spostrzegał te przypadki przez kilka lat i nie zauważył w nich najmniejszych zmian. Także N a d o l e c z n y przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa laryngologicznego w Monachium w r. 1913 przypadek wyrośli chrząstkowatej

*) Tematem pracy są przypadki, spostrzegane w Klinice uniwersyteckiej dla chorób nosa i gardła w Wiedniu. (Dyrektor prof. Dr. M. H a j e k).

krtani. Przypadek dotyczył 20-letniego chorego, u którego wywiady nie przedstawiały nic ciekawego i który zgłosił się do leczenia z powodu zapalenia gardła. Przy badaniu krtani stwierdzono białawą listewkę, ciągnącą się wzdłuż brzegu środkowego chrząstki nalewkowej od przodu do tyłu; przy badaniu zgłębnikiem trafiało się na opór chrząstkowaty. Zaburzeń żadnych ani przedtem, ani później nie było.

Aleksander zalicza te przypadki do pierwszej grupy nowotworów tj. do nowotworów chrzęstnych dobrotliwych, zdaniem naszem, niesłusznie. Brak im bowiem pewnych cech tych nowotworów, przedewszystkiem zaś nie rosną i nie wywołują żadnych zaburzeń. Należałoby raczej przypuszczać, że w tych przypadkach chodzi o pewne zboczenia rozwojowe tkanki, prawdopodobnie wrodzone lub powstałe w porze pokwitania, zboczenia, które jednakże żadnego znaczenia klinicznego nie mają. Możnaby je może porównać z temi wyroślami chrząstkowatemi tchawicy, które Aschoff opisał jako *tracheopatia osteoplastica* i które również żadnych dolegliwości nie wywołują.

Jeśli więc pominie się te zboczenia rozwojowe tkanki, dochodzi się do wniosku, że wszystkie inne nowotwory chrzęstne krtani o jakiejkolwiek budowie histologicznej przedstawiają dla klinicystów twory groźne, które wcześniej czy później powodują niebezpieczeństwo dla życia. Dlatego klinicysta musi zwrócić uwagę przedewszystkiem na fakt: czy istnieją jakieś zaburzenia (podmiotowe lub przedmiotowe) i czy się one wzmagają.

To kliniczne różniczkowanie: zboczenia rozwojowe tkanki czy nowotwory w ścisłem tego słowa znaczeniu (a zarzucenie podziału Aleksandra) ma dlatego ważne znaczenie, ponieważ ono jedynie jest miarodajne przy postępowaniu leczniczem: każdy stale rosnący prawdziwy chrzęstniak krtani należy możliwie wcześnie i doszczętnie usunąć; czy to odbędzie się śródkrtaniowo, czy też przez wyłuszczenie po rozcięciu krtani, czy wreszcie przez doszczętne wyłuszczenie krtani — to zależeć będzie od wielkości i siedziby guza i musi być w każdym przypadku osobno rozważone. Natomiast zboczenia rozwojowe, jako niemające większego znaczenia, nie wymagają żadnego leczenia. Na potwierdzenie tego mego poglądu pozwolę sobie przytoczyć inny przypadek kliniki wiedeńskiej, przedstawiony przez Feuchtingera i Hajeka w Tow. laryngologicznem we Wiedniu.

Chodziło o 61-letniego piekarza, cierpiącego od dłuższego czasu na chrypkę i duszność. Badanie w październiku 1919 wykazało mały twardy guzek wychodzący z tylnego końca lewej struny głosowej. Wycięcie próbne nie udało się z powodu twardości guza i musiało być wykonane w bezpośredniem badaniu krtani wziernikiem. Drobnowidowo okazało się ono zapalną tkanką z wytwarzaniem się kości. Wskutek tego ujemnego wyniku badania drobnowidowego, ograniczono się do rozcięcia tchawicy i do zachowawczego leczenia. Guz jednak rósł dalej, i wywoływał coraz większe zaburzenia i utrudnienia oddychania tak, że w czerwcu 1920 r. wyłuszczono go po rozcięciu krtani. Badanie histologiczne guza wykazało i tym razem tylko tkankę włóknikową z tworzeniem się chrząstki i kości. Również i ten zabieg okazał się na stałe niewystarczającym. Po kilku miesiącach zaburzenia się ponowiły a w kwietniu 1921 r. przybrał guz takie rozmiary, że wypełniał prawie całe światło tchawicy, a nawet można go było wyczuć od zewnątrz w okolicy lewej połowy chrząstki pierścieniowatej. Teraz dopiero przystąpiono do doszczętnego wyłuszczenia krtani i położono przez to ostateczny kres sprawie chorobowej. Ale te wielokrotne zabiegi i długi czas leczenia nie były obojętne dla chorego; wywołały one zaostrzenie starego kataru szczytów płuc i w kilka miesięcy później uległ chory gruźlicy płuc.

Na podstawie obrazu histologicznego można było ten guz zaliczyć do pierwszej grupy Aleksandra tj. do dobrotliwych wyrośli chrząstkowych. Dlatego zwlekano z operacją a i później, gdy się na nią zdecydowano, nie wykonano jej dość radykalnie. Miało to fatalny wpływ na ogólny stan chorego i było pośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Można przypuścić, że, gdyby, opierając się na złośliwym klinicznym przebiegu, postąpiono natychmiast radykalnie, udałoby się uratować życie chorego.

Co się tyczy objawów ze strony nowotworów chrzęstnych krtani, to występuje tu, według zgodnego podania autorów, podobnie, jak i w innych nowotworach krtani, trias objawów: zaburzenia głosu, duszność a wreszcie zaburzenia w połykaniu. Stopień objawów zależy, ma się rozumieć, od usadowienia i od wielkości guza. Zaburzenia głosu poprzedzają wszystkie inne objawy w stopniu jeszcze silniejszym, niż to bywa w przypadkach raka krtani. Putelli opisuje przypadek chrzęstniaka, w którym chrypka istniała od 10-ciu lat, H. de Groot inny z 9 lat trwającą chrypką: ten ostatni przypadek był też o tyle ciekawy, że guz wychodził z chrząstki nalewkowej, co w właściwych nowotworach chrząstkowych, w przeciwieństwie do wad rozwojowych, jest rzeczą wyjątkową. Na szczególną wzmiankę zasługuje też fakt, na który Aleksander pierwszy raz zwrócił uwagę, że chrypka może tu powstać nie tylko na drodze mechanicznej, ale również przez porażenie nerwu: a mianowicie nerw krtaniowy dolny może być uciśnięty, a nawet zniszczony w przestrzeni między chrząstką pierścieniowatą, a tarczykową. Bond stwierdził w jednym przypadku chrzęstniaka niedowład mięśni odwodzących na długo przedtem, zanim można było rozpoznać nowotwór. — Zaburzenia oddechowe występują znacznie później, głównie dlatego, że z powodu wolnego wzrostu przeszkody mogą się chorzy powoli przyzwyczajać do zmienionych warunków. Przypadkowe powikłanie np. nieżyt górnych dróg oddechowych lub obrzęk wejściu do tchawicy wywołują nagłą duszność i są przyczyną, że tak wielki procent tych przypadków ginie przez uduszenie się — Zaburzenia połykania rozwijają się tylko w nieznacznym stopniu, co jest zrozumiałe, jeżeli się uwzględni, że guz ten zwykle rośnie ku wnętrzu krtani, a rzadko tylko na zewnątrz. Właściwie nigdy nie zachodzi silniejsza dysfagja a najwyżej nieznaczne utrudnienie aktu połykania.

Co się tyczy zmian przedmiotowych, to, zbierając dotychczasowe publikacje, można stworzyć sobie następujący obraz: Jestto guz podgłośniowy, gładki, silnie z podstawą zrośnięty pokryty cienką, bladą, niezmienioną błoną śluzową. Przy dotknięciu zgłębnikiem wyczuwa się konsystencję twardą i ta właśnie twardość chrząstkowa odróżnia ten twór od wszystkich innych nowotworów, spotykanych w krtani. Wycięcie próbne, które stanowi najważniejszy środek pomocniczy dla rozpoznania guzów krtani, tutaj często zawodzi, przedewszystkiem z powodu trudności technicznych. Natomiast rozpoznanie jest ułatwione, jeśli można, jak się to czasem zdarza, wyczuć twardy guz na szyji i jeśli można stwierdzić, że jest on zrośnięty z płytką chrząstki tarczykowej. — To wypuklenie jest następstwem rozpierania blaszek chrząstki tarczykowej. Dla poparcia rozpoznania można jeszcze użyć obrazu Roentgena, który przedstawia czasem ciemny cień w obrazie krtani.

Wreszcie co do rokowania, to możnaby postawić guzy chrzęstne krtani na granicy między nowotworami dobrotliwemi i złośliwemi, t. zn. guzy te rosną bardzo powoli, nie dają przerzutów, nie powodują obrzmienia gruczołów, powracają bardzo rzadko, a wywołują groźne objawy tylko przez swoje rozmiary i swoje usadowienie. Jeśli wśród przypadków podanych w piśmiennictwie tyle jest śmiertelnych, to główną winę ponosi tu niezaradność chorych, którzy bardzo często dopiero w groźnym stanie zwracają się do lekarzy. Wobec rokowań względnie dobrych, możnaby znaczną część tych chorych uratować. Dlatego uczą nas te przypadki jeszcze bardziej, niż przypadki raków krtani, że przy długotrwałej chrypce nie wolno zaniedbać bardzo dokładnego badania krtani.

Dr. med. Józef HANDELSMAN, st. ordyn. szpit. Tworki.

Zaburzenia psychiczne w zespole parkinsonowskim poencefalitycznym.

(Ze szpitala dla psychicznie chorych w Tworkach).

(Dokończenie).

Podałem historję choroby tego przypadku nieco obszerniej, jako bardzo typową i stosunkowo najczęściej spotykaną w zmianach następczych po zapaleniu mózgu śpiączkowem z zespołem parkinsonowskim. Do tego samego typu należą następujące przypadki, które podaję możliwie krótko.

2. U chorego Z. S. (2372) lat 43, przyjętego do szpitala dnia 1. III. 22 r., stróża, w kilka miesięcy po przebytem ciężkiem zapaleniu mózgu letargicznem z objawami psychicznemi rozwinął się od roku zespół parkinsonowski w bardzo silnym

stopniu, jeszcze silniejszym, niż w pierwszym przypadku, tak iż rozpoznanie tego zespołu nie przedstawiało żadnych trudności. Otóż pod względem psychicznym poza takiemi samemi, jak wyżej, objawami pseudokatatonji — t. j. po za indolencją, brakiem inicjatywy, bardzo wybitnem zwolnieniem operacyj myślowych, spostrzegać można zaburzenia pamięci oraz zaburzenia orjentacji w czasie; w stanie intelektualnym zmiany występują głównie na skutek bardzo powolnego przyjmowania świeżych wrażeń i przerabiania ich przez chorego i na skutek prawie zupełnie zniesionego kontaktu z otoczeniem. W przypadku tym przed 8 miesiącami było krótkotrwałe podniecenie psychiczne, po którem przez czas dłuższy pozostała duża wrażliwość względem otoczenia. Przedewszystkiem jednak chorego cechowała indolencja, zobojętnienie w tak silnym stopniu, że nigdy nie wypowiadał żadnych skarg ani żądań. W ostatnich czasach nastąpiło bardzo znaczne osłabienie, chory nie mógł zupełnie podnosić się, stale zanieczyszczał się moczem i kałem, i wreszcie zmarł wśród objawów wycieńczenia dnia 29. VII. 1922 roku [10]).

Do tego samego typu zaburzeń psychicznych należą i cztery inne przypadki G. A. (2622), M. M. (2646), P. F. (2574), B. A. (2607), u których w słabszym lub silniejszym stopniu zaznaczony był zespół parkinsonowski z zaburzeniami psychicznemi wyżej opisanemi, przyczem nasilenie tych zaburzeń nie jest zależne od stopnia rozwoju parkinsonowskiego, ponieważ nawet w przypadku, gdzie zespól ten jest słabo rozwinięty, zaburzenia psychiczne mogą być bardzo głębokie i naodwrót.

Do odmiennego typu zaburzeń psychicznych należy szereg innych przypadków, spotykanych o wiele rzadziej, niż poprzednie; dla ilustracji tych zaburzeń przytoczyć muszę nieco obszerniej przypadek następujący:

3. M. J. (1966), 15 lat, znajduje się pod obserwacją szpitalną od 24. V. 21 r. t. j. przeszło rok; był przywieziony do szpitala dlatego, że w domu z powodu częstych wybuchów, ciągłego podniecenia i płaczu, a równocześnie kompletnej niemocy fizycznej nie można go było trzymać. Cierpienie gorączkowe, prawdopodobnie zapalenie mózgu letargiczne, przechodził przed 2 ½ laty; przed dwu laty zaczęły się zaburzenia ruchowe i zaburzenia łykania, ale jeszcze przed 1½ rokiem mógł trochę chodzić do roboty, dopiero od 14 miesięcy stan się tak pogorszył, że jest taki, jak obecnie, również i mowa się zepsuła i mówienie często sprawia dużo trudności. Obecnie stan jest zmienny, niekiedy zespól objawów parkinsonowskich jest tak wybitny, że chory nie jest w stanie nie tylko się podnieść, ale nawet wykonać najmniejszego ruchu kończyną, mowa jest zupełnie niezrozumiała, łykanie wielce utrudnione, ślinotok i t. d.; innym znów razem zesztywnienie mięśniowe rozluźnia się, względnie dosyć swobodnie przez parę minut chory może chodzić, mówić, jeść i t. d.

Zmienność taka bywa po kilka razy na dobę. Zresztą nawet w czasie rozluźnienia sztywności obecne są prawie wszystkie objawy charakteryzujące zespół parkinsonowski, zwłaszcza uderza dosyć dobrze zachowana siła mięśniowa dynamiczna (objaw Dyleff'a). Psychika przedstawia również inne zmiany, niż w poprzednich przypadkach; przedewszystkiem brak jest objawu indolencji, przeciwnie, chory interesuje się dosyć żywo życiem szpitalnem, wszystkich chorych zna z imienia i nazwiska, z ich przyzwyczajeń i lubi towarzystwo niektórych chorych, jest dziecinnie wesoły, dowcipkujący, natomiast wyraźniejsze są zaburzenia intelektu — jest zatrzymanie rozwoju psychicznego, posiada mało wiadomości ogólnych, nie zupełnie dobrze orjentuje się w czasie; często śmiech i płacz przymusowy; najstalszy objaw psychiczny jest stereotypja, chory bez końca wypowiada jedno i to samo bezsensowne żądanie. Niekiedy jednak zmienia się i psychika, następuje zahamowanie i wtedy robi wrażenie pseudokatatonji, która trwa zresztą krótko, tak że na otoczeniu ta zmienność nastroju i zachowania się psycho-motorycznego robi wrażenie histerycznego stanu.

Do tego samego typu należą Z. J. (2614), lat 17, dokuczliwy, zaczepny, a równocześnie wesoły, dowcipkujący, oraz G. S. (2639), lat 21, szeregowiec W. P., który w maju r. ub. przechodził zapalenie mózgu letargiczne i u którego w szeregu objawów zespołu parkinsonowskiego najciekawszym jest stały kurcz chroniczny języka, napadowe kurcze tchawicy i przepony brzusznej. Otóż chory ten, który naogół jest apatyczny, obojętny, stereotypowy, z zaburzeniami uwagi, całemi dniami leży bezczynnie na łóżku, niekiedy zaczyna dowcipkować, na sali wywraca koziołki, dokucza innym chorym, konfabuluje. Pod względem intelektualnym dziecinny, mało się interesuje sprawami ogólnemi, bezkrytyczny.*)

Streszczając nasze przypadki zwrócić musimy przedewszystkiem uwagę na to, że zmiany w sferze psychiki nie zawsze idą równolegle ze zmianami zespołu parkinsonowskiego.

Jest to zgodne z danemi piśmiennictwa, z którego widać, że bywają nawet bardzo ciężkie stany parkinsonowskie z ledwie widocznemi zmianami psychicznemi i naodwrót; przyczem u dzieci i młodzieży zmiany psychiczne idą o wiele dalej, na co zwraca uwagę między innemi Paterson, Donald i Spence na zasadzie 25 przyp. u dzieci od 3 mies. do lat 11, u których spostrzegano wszystkie stopnie zmian psychicznych, począwszy od zupełnej idjotji.

Jednak niemal wszyscy autorzy podają, że w zespole parkinsonowskim poencefalitycznym spostrzega się zaburzenia psychiczne.

Najsłabszą postacią zmian psychicznych jest postać neurasteniczna lub psychasteniczna. Postać neurastenji [11]) przy bardzo słabo zaznaczonym zespole parkinsonowskim, nie wywołującym większych zaburzeń, wyraża się przedewszystkiem w bezsenności, niechęci do pracy na skutek senności we dnie, sny są fantastyczne, lękowe, zrzadka prześladują halucynacje wzrokowe i słuchowe; skargi chorych są typowo neurasteniczne: zmęczenie, ogólne osłabienie, zawroty głowy, marne samopoczucie, zwłaszcza z rana; wieczorem czują się chorzy znacznie lepiej, lub też mają objawy psychasteniczne [12]) z poczuciami trzewiowemi ze strony żołądka, kiszek, serca.

Przypadków z takiemi zaburzeniami psychicznemi nie obserwuje się w szpitalach psychiatrycznych, chorzy ci starają się wykonywać swoją zwykłą codzienną pracę pomimo dolegliwości.

Najczęstsza bywa druga postać, przedstawiona w moich pierwszych 6-iu przypadkach, gdzie obok zespołu parkinsonowskiego, w słabym lub silniejszym stopniu, spostrzegamy następujące zmiany psychiczne: przedewszystkiem indolencja, zobojętnienie, apatja, niechęć do jakiegokolwiek czynu, w wysokim stopniu zaburzenia inicjatywy. Niekiedy indolencja przechodzi w depresję, bardzo rzadko jednak, na skutek braku inicjatywy, chory doprowadza do zamachów samobójczych [13]), aczkolwiek urojenia samobójcze wypowiada. Trzecim, prawie stałym objawem, jest stereotypja, perseweracja.

Chorzy powtarzają stale jedno i to samo bezsensowne życzenie w przeciągu kilku tygodni, niekiedy po kilka do kilkunastu razy na dzień, dopóki nowe życzenie nie zastąpi starego, które znowu stereotypowo będą powtarzać. Już z tych objawów widać, że następuje wyraźna zmiana w charakterze; chorzy (zwłaszcza osobniki młode) z osób żywych, wesołych, interesujących się życiem, pełnych inicjatywy, stają się odludkami, unikają towarzystwa, niekiedy są znów drażliwi, u dzieci opisywano zmiany charakteru, przypominające otępienie moralne. Wogóle uczuciowość jest wybitnie otępiała, jest nietylko brak zainteresowania sprawami ogólnemi, ale nawet familijnemi, wytwarza się egoizm specyficzny, chory jak gdyby sam sobie wystarczał; stan ten przypomina bardzo autyzm schizofreników.

W dziedzinie intelektu zmiany polegają przedewszystkiem na zwolnieniu operacyj myślowych; chory długo daje czekać na odpowiedź, niekiedy kilka sekund, kiedyindziej nawet kilkanaście minut, czasem nawet dopiero następnego dnia może dać należytą odpowiedź. Zwolnienie operacyj myślowych jest analogiczne do zwolnienia ruchów i tak, jak tu jest zesztywnienie ruchowe, tak tam można by nazwać zesztywnieniem psychicznem, lub też, jak nazywa Orzechowski, kaftanem, krępującym psychikę. Do rzadziej spotykanych zaburzeń należą lekkie zaburzenia pamięciowe, zwłaszcza z okresu chorobowego, natomiast brak jest zaburzeń postrzegania i zapamiętywania. Luki w inteligencji tworzą się na skutek stałego kontaktu z życiem otaczającem

[10]) Na sekcji stwierdzono gruźlicę płuc. Przypadek ten ma być szczegółowo oddzielnie opisany.

*) Om. w War. Tow. lek. d. 5. XII. 22 i w Pol. Tow. Psych. d. 29. X. 22.

[11]) Goldflam i inni.

[12]) Orzechowski.

[13]) Claude, Raviart, Françoiset Lhermitte.

chorych i bardzo słabem przyjmowaniu świeżych wrażeń. Na skutek tego u osobników młodszych, nierozwiniętych, następuje zatrzymanie rozwoju psychicznego, u osobników zaś starszych pewne zwężenie pola myślenia.

Oprócz powyższych zaburzeń niektórzy autorzy spostrzegali zrzadka stany lękowe, omamy, psychasteniczne hypochondryczne urojenia.

Słowem w drugiej postaci zaburzeń psychicznych w zespole parkinsonowskim poencefalitycznym spostrzegamy stan psychiczny, ogromnie przypominający katatonję. Kahn w dyskusji nad odczytem Claude'a dzieli zmiany psychiczne na 3 kategorje, z których jednę nazywa *»syndrome à forme demence precoce«*. Oprócz niego wielu innych autorów zwraca uwagę na podobieństwo do katatonji i faktycznie, gdy spostrzegamy takiego chorego dłuższy czas na sali szpitalnej, gdy na skutek sztywności mięśniowej, na skutek braku harmonji ciała, stoi z głową pochyloną, nie ruszając się z miejsca, z śliną ciekącą z ust, nie odzywając się do nikogo, z twarzą pokrytą lepkim potem, lub też gdy leży na łóżku nieruchomo, zdawałoby się bezmyślnie zapatrzony w jeden punkt, wtedy podobieństwo jest rażące. Oczywiście jest cały szereg objawów, które pozwalają różniczkować te stany od katatonji schizofrenicznej, jednak na skutek tego podobieństwa wydaje mi się, że można być uprawnionym do nadania połączeniu tych dwu zespołów, zespołu parkinsonowskiego z wyżej opisanym zespołem psychicznym — nazwy pseudo-katatonia postencephalitica.

Trzecia wreszcie postać zaburzeń psychicznych, w zespole parkinsonowskim spotykana o wiele rzadziej, a opisana przezemnie w przypadkach ostatnich, charakteryzuje się przedewszystkiem brakiem indolencji. Postać tę opisał Kauders i nazwał *»Moriaartige Zustandsbilder«* i charakteryzuje ją następującemi słowami: »między stanami następczemi po letargicznem zapaleniu mózgu z psychicznemi anomaljami obok znanej apatyczno-akinetycznej postaci wyodrębnia się typ następujący: typ wiłostny (moria), o którym w literaturze odnośnej danych dotychczas nie podawano i który zasadniczo charakteryzuje się euforycznem przytępieniem, dowcipkowaniem z pewnemi defektami w sferze inteligencji«; to krótkie określenie Kauders'a dostatecznie wyjaśnia trzecią postać zaburzeń psychicznych typu wiłostnego: chory pomimo niekiedy bardzo ciężkiego stanu fizycznego nie tylko nie znajduje się w depresji, ani nie jest pogrążony w apatji, przeciwnie jest wesoły, uśmiechnięty, dowcipkujący, przytem wyraźniejsze są tu zaburzenia inteligencji [14]).

Nie mogę omawiać tu rokowania spraw wyżej opisanych, ze względu chociażby na stosunkowo zbyt krótkotrwałe spostrzeganie przypadków poencefalitycznych, jednak już na zasadzie naszych spostrzegań, a także na zasadzie danych z piśmiennictwa powiedzieć można, że stany te nie są beznadziejne, że zwłaszcza postać pierwsza może ulegać dużej poprawie.

Na zakończenie pragnąłbym wreszcie zwrócić uwagę na jedno jeszcze zagadnienie, na znaczenie zwojów podstawy mózgu w psychopatologji. Zagadnieniem tem zajmował się głównie Kleist, który już od 1908 r. czynił poszukiwania nad stosunkiem między psychiczno-motorycznemi (t. zw. katatonicznemi) zaburzeniami ruchów umysłowo chorych i zaburzeniami ruchowemi w cierpieniach móżdżku, zwojów podstawnych i kory mózgowej i w ostatniej pracy na zasadzie własnych badań i spostrzegań innych autorów przyszedł do wniosku, że siedliska niektórych objawów psycho-motorycznych szukać trzeba przedewszystkiem w ciele prążkowanem, do których n. p. należą akinetyczne objawy, mutyzm, niemożność mówienia, objawy kataleptyczne, ruchy pseudospontaniczne i in.; jednak dane te nie są jeszcze pewne. Podobnie i Laignel-Lavastine, Tretiakof i Jorgoulesco w trzech przypadkach katatonji znajdowali w przedniej części ciała prążkowanego ognisko zwyrodnieniowe, w którem były bardzo obfite blaszki komórkowo-tłuszczowe. Na psychiatryczne znaczenie zaburzeń zwojów podstawnych i ich stosunku do katatonji zwraca uwagę Frenkel, który mówi »psychiczne zaburzenia zachorzenia zwojów podkorowych, w najrozmaitszych stopniach rozwoju, idą najbardziej w kierunku obrazu katatonicznego. Naodwrót też cielesne objawy katatonji wskazują na to, że zwoje mózgowe są punktem ataku tych wielu szkodliwych czynników, które prowadzą do jej rozwoju« [15]) Dide podaje zespół parkinsonowski w otępieniu wczesnem. Klippel [16]) jednak ostrzega, że nie należy nigdy mieszać tych dwu spraw pomimo podobieństwa bliźniaczego, ponieważ są tu głębokie różnice anatomo-patologiczne — otępienie wczesne ma za podstawę zmiany neuro-epiteljalne (nerwowo-nabłonkowe), zapalenie zaś mózgu naczynio-zapalne [17]).

Ze względu na nadzwyczajną, fotograficzną niemal analogję cech zewnętrznych i dosyć duże podobieństwo niektórych cech psychicznych pseudokatatonji poencefalitycznej i katatonji schizofrenicznej hypoteza umiejscowienia w jądrach podstawnych mózgu istoty katatonji staje się niezmiernie ponętną i pociągającą, jednak dopiero dokładna retrospektywna analiza w kierunku etjologji katatonji, a zwłaszcza dalsze badania anatomo-patologiczne dróg pozapiramidalnych w katatonji będą w stanie hypotezę tę nam wyjaśnić i stosunek ten ugruntować, dotychczas zaś, jako bez dostatecznych podstaw, hypoteza pozostawia kwestję tę otwartą.

Piśmiennictwo.*)

Achard. L' encephalite léthargique. Paris 1922 Bailliere. Biro. Neur. Polska 1922 T. VI. — Bychowski. Referat w sprawie późniejszych okresów zapalenia mózgu nagminnego. Neur. Pol. 1922 T. VI. — Baley. Gaz. Lek. 1921. — Bostroem. Ztsch. f. Neur. u. Psych. 1922. 76 B. 4 H. — Briand w dyskusji nad odczytem Claude'a. Annales med. psych. 1922 Mars. — Bianchi Gino. Giorn. clin. méd. 1921 T. 2 (Ref. Ztsch. f. Nervenk u. Psych. 1921. 15/XI — Carp. Nederland. tjid. v. genesk. 1921 N. 6 (Ref. Ztsch. f. Nerven u. Psych. 1921. 15/XI). — Claude H. Soc. Méd. Psych. 27. II 1922 Annales méd. psych. 1922 — III — Cohn Toby w dyskusji Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1922 15. II. — XXVI Congrès de médains aliénistes.... 6. VIII. 22. Presse medicale Nr. 67—69; Revue neurologique Nr. 9. 1922. — Danadschiieff. Z. f. ges. Neur. u. Psych. 1921. B. 68 S. 1. — Grzywo-Dąbrowski. Lekarz Wojskowy 1920 18/19. — Deny i Klippel. Revue Neurol. 1922 N. 4. S. 402. — Dimitri u. Schilder. Ztschr. f. ges. Neur. u. Psych. 1921 B. 68. S. 299. — Ebstein E. Deutsche Zeitschrift für Nervenhlk. 1921 72 B. 3/4 H. S. 225. Falkowski. Ref. o chorobie Wilsona. Oddz. Pozn. Pol. Tow. Psych. 24 IX 21 Nowiny Lekarskie 1921 N. 12. — Fränkel E. Ztsch. f. d. Ges. Neur. u. Psych. 1922 70 B. S. 312. — Flatau-Lekarz Wojskowy 1920 18/19. — François i Lhermitte. Soc. de Neurol. 6/IV 22 Presse Med. 1922 N. 31 także Revue Neur. 1922 N. 4. — Goldflam. Deut. Ztsch. f. Nervhl. 1922 73 B. 1/2 H. — Tenże. Lekarz Wojskowy 1920 M. 18 19. — Higier. Ref. w sprawie późniejszych okresów zapalenia mózgu nagminnego. Neur. Pol. 1922. T. VI. — Holthusen u. Hopmann. Deut. Ztsch. f. Nervenhl. 1922 72 B. 1/2 H. Hübner w dyskusji nad odczytem Kirschbauma Ztschr. f. d. Ges. Neur. u. Psych. — Kahn w dyskusji nad odczytem Claude'a. — Kauders. Ztsch. f. d. Ges. Neur. u. Psych. 1922 74 B. 4/5 H. — Kirschbaum. Ztsch. f. d. Ges. Neur. u. Psych. 1921 73 B. S. 593. — Kleist. Sprawozd. Ref. w Ztschr. f. d. Ges. f. Neur. u. Psych. 1922 1 V B. 28 H. 9. — Klippel w dyskusji nad odczytem Petit Press. Med. 1922 N. 36. — König. Ztschr. f. d. Ges. Neur. u. Psych. 1922 75. B. S. 221. — Lagriffe L. Soc. clin. de Méd. ment. Press. Méd. N. 10, 1922. — Laignel-Lavastine i Logre. Soc. de Psych. 1920 17/VI. Ref. Press. Méd. 1920 N. 40. Laignel-Lavastine, Tretiakoff i Jougoulesco. L'encephale 1922 Nr. 3. — Laignel-Lavastine. Gaz. des hôp. civ. et milit. 1921 nr. 25/26. — Lhermitte et Cornil. Pres. méd. 1922. nr. 27. — L. de Lisi I7 policlinico 1921 ref. Pres. méd. 1922 nr. 3. — Marie et Paraut. Soc. Clin. de méd. ment. 3/I. 22. Pres. méd. 1922 nr. 10. Marie, Lucien et Le Bourge. Jour. de méd. de Bordeaux 1921 nr. 27 (ref. Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych.). — Marie et Levy. Soc. de Neurol. 12/I. 22. Pres. méd. 1922 nr. 7. — Orzechowski. Neurologja Polska 1922 tom. VI. — Oeckinghaus. Ztsch. f. Nervenh. 1921 72 B. 5 6 H. — Petit. Soc. de Psych. 27 IV. 22. Pres. méd. 1922 nr. 36. — Tenże. Soc. de Psych. 15/XII. 21. L'encephale 1922 nr. 1. — Pehu et Bonaf-

[14]) Podobny przypadek demonstrował Łapiński dnia 14. V. 22 r. w Tow. Psych.

[15]) Urechia znajduje się w 1-ym przypadku katatonji zmiany również w drogach pozapiramidalnych, mianowicie w n. dentatus.

[16]) p. ciekawe badanie Schildera.

[17]) także wspólnie z Deny.

*) Praca oddana do druku w połowie sierpnia 1922, uwzględnia piśmiennictwo późniejsze niedostatecznie.

fé. Soc. méd. des hôp. de Lyon 21/III. 22. — Pres. méd. 1922 nr. 26. — Revue neurologique 1921 nr. 6. Rothfeld. Lekarz Wojskowy 1920 nr. 18/19. — Schilder. Cortex, Stammganglien — Psyche, Neurose. Ztsch. f. ges. Neurol. u. Psych. 1922 74 B. 4 5 II. — Sterling dyskusja, sprawozd. Neurologja polska 1922 t. VI. — Urechia. Revue neurol. 1922 nr. 2. Westphal. Zeit. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1921 68 B. S. 226. Wilson. Brain 1912 vol. XXXIV. Part. IV.

Prof. H. LUBIENIECKI. Poznań.

Leczenie w krwawieniach wewnętrznych za pomocą środków naczyniowych i odciągających.

(Dokończenie).

Co do chlorku barowego, to środek ten, działając na naczynia całego ustroju jednostajnie, nie posiada opisanej własności powiększania dopływu krwi do krążenia małego. Ponieważ jednak podnosi ciśnienie krwi w tętnicach, więc byłoby rzeczą ryzykowną stosować także i ten środek.

Na dopływ krwi z krążenia wielkiego do płuc może mieć wpływ także stan naczyń w wątrobie. Przy skurczu tych naczyń krew musi oczywiście nagromadzić się w układzie żyły wrotnej i dopływ do koła małego się zmniejszy. Taki skurcz naczyń wątroby zachodzi u zwierząt mięsożernych (psów, kotów), a nie zachodzi u zwierząt roślinożernych (królików, morskich świnek, małp) pod wypływem adrenaliny, histaminy, peptonu, »jadu anafilaktycznego« (p. u Mauntnera i Picka.*) Dalsze badania w tym kierunku są oczywiście pożądane.

Pomyślniejszych skutków w krwawieniach płucnych możemy, jak się zdaje, oczekiwać od pęcherza z lodem. Środek ten, jak już mówiłem, uważany jest bodaj za obowiązujący. Jednakże uzasadnienie stosowania tego środka pozostawia wiele do życzenia. W dziale o krwawieniach w przewodzie pokarmowym mówiliśmy już o działaniu zimna przy stosowaniu na powłoki zewnętrzne. Zimno zwęża naczynia zewnętrzne, i to nie tylko na miejscu zastosowania, lecz odruchowo także na większej przestrzeni, a jednocześnie rozszerzają się naczynia trzewne. Właściwie nic dokładnie nie wiadomo o tem, co dzieje się wtenczas z naczyniami płuc. Na podstawie jednak niezależności inerwacji naczyń krążenia małego oraz wogóle małej zdolności tych naczyń do czynnych zmian światła można przypuszczać, że bodaj nie zachodzą tam żadne, a przynajmniej znaczniejsze zmiany. W takim razie pęcherz z lodem powinien być uważany za środek wskazany, ponieważ dopływ krwi do serca z krążenia wielkiego powinien się zmniejszyć, szczególnie jeżeli uwzględnić, że jednocześnie ze zwężeniem naczyń zewnętrznych zachodzi wyrównawcze rozszerzenie naczyń trzewnych. Z tego punktu widzenia byłoby zupełnie obojętne, czy pęcherz z lodem będzie położony nad płucem krwawiącem, czy też nad zdrowem, czy wogóle nawet na jakiemkolwiek innem miejscu poza klatką piersiową. Pożądane owszem są doświadczalne poszukiwania takich miejsc szczególnie wrażliwych, przy których oziębianiu mogłoby powstawać silne odruchowe zwężenie naczyń zewnętrznych a rozszerzenie naczyń trzewnych. Tymczasem praktycznie dogodne jest stosowanie pęcherza z lodem na okolicę serca, szczególnie, jeżeli potrzeba uspokoić jego wzmożoną czynność.

Ażeby skończyć z leczeniem w krwawieniach płucnych, wspomnę tu jeszcze o jednym ciekawym zabiegu, który zalecał znakomity rosyjski klinicysta w końcu ubiegłego stulecia, profesor uniwersytetu Moskiewskiego Zacharjin, a który to zabieg czasem stosuje się w Rosji i teraz. Jest to stawianie pijawek w okolicy kości ogonowej. Sam Zacharjin mówił, że nie umie on objaśnić sposobu działania tego zabiegu, lecz twierdził, że na podstawie spostrzeżeń przy łożu chorego jest przekonany o jego pożyteczności. Oczywiście, że działanie tego zabiegu mogłoby polegać tylko na odruchu naczyniowym, a ponieważ okolica kości ogonowej jest dość wrażliwa, być więc może, że podrażnienie tej okolicy mogłoby dać i silny odruch naczyniowy. Ciekawą więc byłoby rzeczą sprawdzić doświadczalnie, jakie tu powstają odruchy i czy te odruchy mogłyby przyczynić się do łagodzenia krwawienia w płucach. Gdyby tak było w rzeczywistości, to możnaby przecież osiągnąć miejscowe podrażnienie w okolicy kości ogonowej (lub w jakiemkolwiek innem, łatwiej dostępnem miejscu) w jakikolwiek inny, dogodniejszy sposób, np. za pomocą faradyzacji.

Parę słów teraz o krwotokach mózgowych. Tu sprawa przedstawia się prosto. Przedewszystkiem nie chodzi tu bynajmniej o utratę krwi, lecz o ucisk tkanek mózgowych przez wylew krwi. Wielkość krwawiącego otworu nie może tu odgrywać roli: krew wylewa się przez otwór dopóty, dopóki ciśnienie nazewnątrz naczynia nie wyrówna się z ciśnieniem wewnątrz. Ma więc znaczenie tylko ciśnienie krwi wewnątrz krwawiącego naczynia, którem zawsze jest tętnica. Im ciśnienie jest wyższe, tem silniejszy i rozleglejszy będzie ucisk tkanek mózgowych wzgl. tem cięższe będą objawy udaru mózgowego. Przy krwotoku mózgowym nie wolno stosować ani zwężających, ani rozszerzających środków farmakologicznych. Zwężających — nie wolno dla tego, że ogólne ciśnienie krwi w tętnicach krążenia wielkiego, a więc i w mózgowych, podnosi się; rozszerzających nie wolno dla tego, że aczkolwiek ciśnienie w tętnicach krążenia wielkiego może się obniżyć, to jednak, wskutek rozszerzenia drobnych tętnic mózgowych, które to rozszerzenie właśnie występuje w silnym stopniu pod działaniem wszystkich środków rozszerzających, powinno się podnieść ciśnienie w naczyniach włosowatych mózgu, a więc wystąpi, że tak powiem, nabrzmienie tkanek mózgu, i przez to prawdopodobnie ucisk tych tkanek przez wylaną krew mógłby się zwiększyć.

Co się tyczy zimna, to przy krwotoku mózgowym, jak i w krwawieniach w przewodzie pokarmowym i w płucach, bywa ono także zalecane. Bardzo rozpowszechnione więc jest oziębianie głowy za pomocą pęcherza z lodem lub innego zabiegu. Oczywiście obniżenia ciśnienia krwi w tętnicach tem się nie osiągnie. Ale, jeżeli wskutek zastosowania zimna na głowę zwężają się także i naczynia mózgowe (co jest prawdopodobne), to nie jest wykluczone, że pewien stopień korzyści osiągnie się przez obniżenie ciśnienia w naczyniach włosowatych, a więc przez pomniejszenie jędrności (turgor) tkanek mózgu.

III.

Na tem zakończę o środkach naczyniowych. Poruszywszy jednak sprawę tych środków, działających za pomocą zmian w ciśnieniu krwi i w wielkości krwawiącego otworu, musimy nadmienić, że są jeszcze i inne środki wzgl. zabiegi, które również mogą wywierać wpływ na ciśnienie krwi, a także i na wielkość otworu, nie będąc środkami naczyniowemi. Do takich środków należą:

1) Środki »odciągające«. Działanie ich polega na tem, że zmniejszają one dopływ krwi do całego krwawiącego narządu. Łatwo zrozumieć, że przez to powinno obniżać się ciśnienie krwi, i to w całym narządzie, a więc w tętnicach, naczyniach włosowatych i żyłach. Nie dość na tem. Ponieważ naczynia całego narządu będą mniej wypełnione krwią, więc światło ich zmniejszy się wskutek wystąpienia praw elastyczności ścian naczyń. Przy omówieniu działania środków rozszerzających poruszyliśmy już sprawę takiego »biernego« zwężenia naczyń w przewodzie pokarmowym. Widzieliśmy tam, że »bierne« zwężenie naczyń powinno wieść do pomniejszenia krwawiącego otworu tak w krwawieniach końcowych, jak i w bocznych. A więc można powiedzieć, że środki odciągające w porównaniu ze środkami naczyniowemi są bezwzględnie dogodniejsze: powinny one pomagać w krwawieniach wszelkiego rodzaju: tętniczych, miąższowych, żylnych, końcowych, bocznych.

2) Upust krwi i

3) Ograniczenie ilości wprowadzanych płynów.

Działanie tych dwóch środków jest podobne do działania środków odciągających. Pomniejszają one krwawiący otwór i obniżają ciśnienie krwi — tylko działanie to nie ogranicza się do jednego jakiegoś narządu, lecz rozciąga się na cały ustrój. Oczywiście upust krwi może być zalecany tylko w krwotoku mózgowym, ograniczenie zaś ilości wprowadzanych płynów może być zastosowane także i w krwawieniach w przewodzie pokarmowym i w płucach. [Istnieje zdanie, że wskutek zgęszczenia krwi podnosi się jej krzepliwość, a więc (jeżeli trzymać się poglądu, że tworzenie się zakrzepu w otwo-

*) Münch. med. Wochenschr., 1915, Nr. 34.

rze krwawiącym przez to się przyśpieszy) ograniczenie płynów mogłoby być wskazane także i z tego względu. Oczywiście jednak ograniczenie płynów należy stosować ostrożnie, ponieważ w razie bardzo znacznego upływu krwi wskazane jest właśnie dostarczanie choremu płynów, np. za pomocą wstrzykiwania roztworu fizjologicznego. W praktyce możnaby kierować się poniekąd stanem pragnienia: płyny można podawać (oczywiście małemi porcjami na raz) w takiej ilości, żeby pozostawał jeszcze pewien stopień pragnienia. O upuście krwi i o ograniczeniu płynów mówić już więcej nie potrzebujemy. Powróćmy teraz do środków odciągających.

Z tych środków możemy wymienić szereg zabiegów, po większej części bardzo prostych i łatwych i już oddawna stosowanych z zupełnie słusznem poczuciem ich pożyteczności, tylko bez ścisłego udowodnienia. Wymienić je trzeba oddzielnie co do krwawień płucnych i mózgowych (w krwawieniach przewodu pokarmowego środkami odciągającemi są właściwie środki rozszerzające — azotyny, przeciwgorączkowe i inne — i ciepło na powłoki zewnętrzne; takie zaś środki, jak np. gorczyczniki, pryszczydła itp., oddawna mające nazwę odciągających, wywołują może, jako środki drażniące, odruchy naczyniowe wcale nie takie, jakie byłyby pożądane dla nas w przypadkach krwawień).

W krwawieniach płucnych mogą być zalecane zabiegi następujące:

1) Ograniczenie oddychania. Zabieg ten, jak i zabieg poniżej pod 2) (spokój fizyczny i psychiczny), nie należy właściwie do środków odciągających, jeżeli trzymać się nazw używanych, lecz co do istoty swego działania jest dla płuc środkiem odciągającym. Szczególnie trzeba zwrócić uwagę na to, żeby chory nie robił głębokich wdechów, ponieważ krew przypływa wtedy z krążenia wielkiego do klatki piersiowej w szczególnie zwiększonej ilości. Celem ograniczenia oddychania można zalecić: świadome regulowanie oddychania ze strony chorego, morfinę i inne narkotyki (osłabiają one pobudliwość ośrodka oddechowego oraz łagodzą kaszel, który także jest szkodliwy, jako rodzaj wzmożonego oddychania), oraz może oddychanie tlenem.

2) Zupełny spokój fizyczny. Przy wysiłkach fizycznych wzmaga się czynność serca, oddychanie, powiększa się ilość krwi przepływającej przez pracujące mięśnie, — wszystko to powiększa dopływ krwi do krążenia małego. Potrzebny jest także i spokój psychiczny, w przeciwnym bowiem razie wzmaga się czynność serca i oddychanie.

3) Siedzące położenie chorego lub w każdym razie takie, żeby tułów był możliwie wyżej, nogi zaś niżej, ażeby już samo działanie siły ciężkości powstrzymywało krew od przypływu do krążenia małego. Ma się rozumieć, że trzeba przy tem postarać się o takie urządzenie, żeby sadzanie chorego odbywało się bez jego wysiłku fizycznego.

4) Przewiązywanie kończyn, tj. nóg i rąk, w ten sposób, żeby zacisnąć żyły zewnętrzne, nie uciskając tętnic, położonych głęboko. Za pomocą tego zabiegu zatrzymujemy pewną ilość krwi w przewiązanej kończynie, nie dopuszczając tej krwi do serca.

5) Bańki suche. Za pomocą tego środka (w praktyce wogóle nie używanego i prawie nie wspominanego przez autorów *) możemy wykluczyć pewną ilość krwi z obiegu, przyciągając ją do powłok zewnętrznych. Jest zupełnie obojętne, na jakiem miejscu będą postawione bańki, — na klatce piersiowej, brzuchu czy nawet kończynach, o ileby to było potrzebne.

6. Odciągnienie krwi do jelit za pomocą środków przeczyszczających (lub soli kuchennej, — bardzo rozpowszechniony stary środek). Wyżej już była mowa o tem, jakie skutki dla obiegu krwi w płucach zachodzą przy rozszerzeniu naczyń w układzie żyły wrotnej.

Na zakończenie o leczeniu w krwawieniach płucnych należy wspomnieć, że pomniejszenie napełnienia krwią (a więc i obniżenie ciśnienia i zwężenie naczyń »bierne«) krążenia małego może być osiągnięte jeszcze za pomocą powiększenia odpływu krwi z krążenia małego do lewego serca. Środkami, powiększającemi ten odpływ, są oczywiście środki, polepszające czynność serca (naparstnica i inne), ale tylko wtedy, kiedy zachodzi niedomoga lewej komory, utrudniająca odpływ krwi z krążenia małego do lewego serca. Natomiast, jeżeli lewa komora pracuje sprawnie, to takie środki byłyby zbyteczne, a nawet poniekąd przeciwwskazane, ponieważ wzmagają one przecież czynność całego serca, tj. także i komory prawej, a przez to samo mogłyby wzmagać dopływ krwi z krążenia wielkiego do krążenia małego.

Co się tyczy środków odciągających od mózgu, to wystarczy je tylko wymienić: odciągnienie krwi do jelit, wysokie położenie głowy i górnej części tułowia, a niskie — nóg; wskazane oprócz tego będą: upust krwi i ograniczenie wprowadzania płynów.

Kończąc niniejszy artykuł, chciałbym jeszcze raz podkreślić, co następuje.

Naszkicowana tu krytyka sposobów leczenia używanych i plan postępowania, który mi się wydaje racjonalniejszym, w leczeniu krwawień wewnętrznych — są, rozumie się, tylko hipotezami, które w każdym razie powinny być sprawdzone. To sprawdzenie może nastąpić tylko drogą doświadczalną, ponieważ spostrzeganie kliniczne, jak już mówiłem na początku niniejszego artykułu, nie może tu rozstrzygać.

Jakież doświadczenia powinno się tu przeprowadzić?

Na to zapytanie odpowiem tylko krótko.

Najprostsze technicznie byłyby doświadczenia nad zmianami w ciśnieniu krwi w różnych częściach układu krwionośnego, zachodzącemi pod wpływem takich lub innych środków.

Z tych doświadczeń moglibyśmy wyciągnąć jednak dość poważne wnioski. Przedewszystkiem wiedzielibyśmy oczywiście o zmianach w natężeniu krwawienia, o ile te zmiany zależne są od stanu ciśnienia krwi. Ale poniekąd dowiedzielibyśmy się także i o tych zmianach w natężeniu krwawienia, które zależą od wielkości krwawiącego otworu. Mianowicie na podstawie zmian ciśnienia krwi wnosimy o zmianach światła naczyń — wzrost bowiem ciśnienia w żyłach wskazuje na rozszerzenie naczyń, tj. drobnych tętnic, któremi dopływa krew do żył, opadanie zaś ciśnienia w żyłach wskazuje na zwężenie tych tętnic — a na podstawie zmian światła naczyń wnosimy z kolei i o zmianach w wielkości krwawiącego otworu.

Tu powstaje jednak poważne pytanie, czy zachodzące zmiany światła są »czynne«, czy też »bierne«, ponieważ w razie zmian biernych wielkość otworu będzie się zmieniać w tym samym kierunku, tak w krwawieniach końcowych jak i bocznych, przy zmianach zaś światła czynnych wielkość otworu będzie się zmieniać w końcowych krwawieniach w jednym kierunku, w krwawieniach zaś bocznych — w odwrotnym.

Na podstawie doświadczeń z ciśnieniem możemy dać odpowiedź poniekąd i w tej sprawie.

Np. przy wzroście ciśnienia w żyłach, a więc przy rozszerzeniu odpowiednich tętniczek, domyślamy się, że rozszerzenie to jest czynne, jeżeli w tętnicach ciśnienie opada lub pozostaje na poprzedniej wysokości; jeżeli zaś w tętnicach ciśnienie także się podnosi, to wnosimy, że rozszerzenie tętniczek w tym przypadku musi być bierne — wskutek rozciągania przez wzmożony dopływ krwi (oczywiście nie jest wykluczone, że jednocześnie mogą zachodzić w tętniczkach także i czynne zmiany światła). Jeżeli ciśnienie w żyłach opada, tętniczki więc są zwężone, to w przypadkach podniesienia ciśnienia w tętnicach zwężenie tętniczek jest oczywiście czynne, w przypadkach zaś obniżenia w tętnicach — bierne (jednoczesne czynne zmiany światła tętniczek nie są tu także wykluczone).

Ostatecznie więc przy doświadczalnem studjowaniu działania środków naczyniowych i odciągających, możemy z początku ograniczyć się do doświadczeń tylko z ciśnieniem krwi, a już praktyka dalej wykaże, jakie uzupełnienia w metodyce naszych poszukiwań będą jeszcze potrzebne.

---

*) Wzmiankę o bańkach przy krwawieniach płucnych spotkałem w piśmiennictwie na razie tylko u Sokołowskiego (l. c.).

Z praktyki.

Dr. J. LEWENSTEJN. Warszawa.

O stosowaniu bizmutu w ostrem zatruciu sublimatem.

(Z I oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego (ordynator Dr. A. Landau).

W N. 32 Bulletin et Mémoires de la Soc. méd. des Hôp. de Paris z dnia 17. XI. 1921. Milian zawiadomił, że, dodając do kalomelu zasadowy azotan bizmutu (*bismuthum subnitricum*), jesteśmy w stanie przeprowadzić całkowite leczenie przeciwkiłowe przez jamę ustną. Leczenie Milian'a polega na podawaniu dwu proszków dziennie, w ciągu miesiąca, przed obiadem i kolacją: *calomel. 0,01+ bismuthi subnitr. 0,75*. Ten sposób podawania rtęci znany był już dawniej, niestety u wielu chorych leczenie tego rodzaju rzadko kiedy mogło być doprowadzone do końca skutkiem bądź znaczniejszych zmian nieżytowych śluzówki jamy ustnej (*Stomatitis mercurialis*), bądź też zachorzeń żołądkowo-kiszkowych. Następnie Milian zauważył, że przy wszelkiem stosowaniu rtęci w kile, czy to drogą zastrzyknięć, czy też w postaci wcierań, podawanie 1,0—3,0 azotanu bizmutu *per os* w ciągu doby zapobiega wszelkim powikłaniom rtęciowym u osób na rtęć wrażliwych.

Spostrzeżenia Milian'a odnośnie do leczenia przeciwkiłowego *per os* zostały całkowicie potwierdzone na naszym oddziale. Zastanawiało nas tylko i interesowało zagadnienie, jak też bizmut będzie działał w przypadkach jednorazowego i nadmiernego wprowadzenia rtęci, jak to najczęściej się zdarza w przypadkach otrucia sublimatem. Skorzystaliśmy przeto z pierwszego tego rodzaju przypadku, by ten nowy sposób leczenia ostrego otrucia sublimatem, dotąd, o ile nam wiadomo, przez nikogo niestosowany, wypróbować. Ponieważ wynik leczenia w przypadku omawianym był nadspodziewany, pozwalamy sobie podać poniższe spostrzeżenie:

Chory A. Z. l. 18. z zawodu garbarz, był przywieziony d. 19. VI. r. o g. 10½ rano do szpitala w kilka godzin po zażyciu 5 pastylek sublimatowych, ogółem 2,5 gr, rozpuszczonych w szklance wody. Przed przywiezieniem do szpitala otrzymał zastrzyknięcie apomorfiny, po którem nastąpiły wymioty. W szpitalu niezwłocznie po przybyciu dokonano ostrożnego przepłukiwania żołądka wodą białkową, poczem znów nastąpiły dosyć obfite wymioty płynem śluzowo-krwawym. Po przybyciu chory skarżył się na bóle w gardle przy połykaniu śliny, na bóle w górnej połowie brzucha oraz dokuczliwe strzykanie w zginaczach obu goleni. Badanie przedmiotowe. Prawidłowej budowy, odżywienie mierne, tętno 96 na minutę, umiarkowanego napełnienia, miarowe. Oddechów 30 na 1 minutę. Ciepłota 36,6. Powłoki zewnętrzne i widzialne błony śluzowe dostatecznie zabarwione. Błona śluzowa podniebienia miękkiego i jamy nosowo-gardłowej przekrwiona. Po tylnej ścianie gardła ścieka żółty płyn z nieznaczną domieszką krwi, podobny do żółtka jaja kurzego. Na lewym łuku i migdałku dość znaczne naloty szarawo-żółte, dyfteryczne.

Dziąsła różowe, piramidy niezmienione. W płucach, poza niedużem stłumieniem nad prawym obojczykiem, wybitniejszych zmian niema. Wymiary serca prawidłowe, tony ciche. Brzuch zlekka napięty. Bolesność przy ucisku w górnej połowie brzucha. Wątroba i śledziona niepowiększone i niemacalne.

Odruchy kolanowe i Achillesa prawidłowe, źrenice cokolwiek rozszerzone, jednakowej wielkości, prawidłowo okonturowane, oddziaływują dobrze na światło i przystosowanie. Ciśnienie krwi (Riva Rocci) Mx — 120 mm, Mn. — 80 mm. Mocz: c. g. — 1026, odczyn kwaśny, białka 10‰ (Essbach) — 20. IV. cukier —, barwiki żółciowe —, urobilina —, urobilinogenu ślady. Badanie osadu pod drobnowidzem: wałki ziarniste, 2—3 w każdem polu widzenia, pojedyńcze leukocyty, dużo nabłonka płaskiego, pojedyńcze złuszczone komórki nabłonkowe nerkowe. Zastosowano leczenie: Bismuthi subn. Bismuth. carb. aa 0,75, 4 pr. dz. (razem 6,0 gr. bizmutu pro die), kąpiel ciepła codziennie i płukanie ust 2% roztworem Natr. biboracici bez jakichkolwiek środków ściągających. Djeta mleczna.

Dalszy przebieg tego przypadku jest następujący: Naloty w gardle, poczynając od d. 21. VI., zmiejszają się, d. 24. VI. zupełnie znikają. Zapalenia dziąseł wcale nie było. Tętno zwalnia się do 72 na 1 minutę już dn. 23. VI. Ilość oddechów dochodzi do 20 na 1 minutę. Nieznaczne zabarwienie żółtaczkowe białkówek, które wystąpiło d. 20. IV. następnego dnia ginie. Źrenice również dochodzą do prawidłowej wielkości.

Diureza, wynosząca d. 20. VI. 200,0, 21. VI. — 800,0 d. 24. VI., wynosi już 1800 i aż do wypisania chorego utrzymuje się na tym poziomie. Ciężar gatunkowy, który dochodził do 1026, obniża się do 1015—1012. Ilość białka z 10‰ d. 20 IV, 12‰ d. 21. VI, 5‰ d. 23. VI, spada do 1½‰ d. 24. VI. Dnia 27. VI. wykrywa się już tylko ślady białka, poczem znika zupełnie. Osad moczu na początku bardzo obfity, szybko się zmniejsza. Wałeczki ziarniste w osadzie, dosyć liczne na początku, d. 24. VI. wykrywa się już tylko w postaci ułamków. Dnia 27. VI znikają zupełnie. Mocznik we krwi, określony d. 24. VI. jest prawidłowy i wynosi 0,28‰. Dobowa ilość chlorków w moczu d. 24. VI. wynosi 6,5 gr. Bilirubina we krwi d. 23. VI. — odczyn bezpośredni ujemny, pośredni dodatni. Barwiki żółciowe w kale d. 22. VI. wydzielają się wszystkie w postaci urobiliny (Schmidt). Próba wątrobowa Vidala na hemoklazję wypadła ujemnie. Ilość białych ciałek przed spożyciem mleka d. 24. VI. g. 8 m. 40 rano — 6000, g. 9 (po spożyciu) — 6000., g. 9 20 — 6800, g. 9 m. 40 — 6200. Ciśnienie krwi nie odbiega prawie od otrzymanych d. 20. VI. cyfr: najwyższe mx. 112, najniższe mn. 60. Przerobione d. 28. VI. i 29. VI. próby nerkowe z rozcieńczeniem i koncentracją moczu wykazują prawidłową zdolność nerek do rozcieńczania moczu. Wprowadzone 1500 gr. herbaty już w ciągu pierwszych dwóch godzin wydzieliły się z nadmiarem, przyczem najniższy c. g. wyniósł 1002, natomiast zdolność koncentracyjna nerek okazała się nieco zmniejszoną; najwyższy ciężar gatunkowy po zastosowaniu djety suchej wyniósł 1019. Ogólny stan chorego z każdym dniem polepsza się. Bóle przy łykaniu ustępują d. 22. VI., bóle w prawym dole biodrowym znikają 24 VI., jak również bóle w zginaczach goleni. Stolce od początku otrucia codziennie 1 raz dziennie, całkiem prawidłowe i sformowane. Po paru dniach nieznaczne zaparcie, pomimo którego bizmutu nie odstawiliśmy. 26. VI. dodaliśmy doń pulv. rad. rhei. Stolce znów codziennie, dobrze zabarwione. Ilość podawanego bizmutu stopniowo zmniejsza się. Od dn. 30. VI. chory otrzymuje już tylko 1 proszek bizmutu. D. 3. VII. chory przestaje otrzymywać bizmut, przechodzi na ogólną djetę. Dnia 8. VII. wypisuje się ze szpitala zdrów.

Widzimy przeto, iż pod wpływem leczenia bizmutem w naszym przypadku objawy miejscowego i ogólnego zatrucia sublimatem minęły szybko. Najpierw giną zmiany w gardzieli, które znikły już d. 24. VI; nie stwierdziliśmy zupełnie zapalenia dziąseł, które zazwyczaj występuje stale w ciągu pierwszych kilku dni po zatruciu. Nefroza, stwierdzona w ciągu pierwszej doby choroby również ustępuje zupełnie po tygodniu. Pominąwszy zmniejszoną nieco, prawdopodobnie przemijająco, zdolność koncentracyjną nerek, stwierdzoną dn. 29. VI, czynność ich jest zupełnie prawidłowa. Zaburzenia ze strony wątroby, o czem świadczyło zabarwienie żółtaczkowe białkówek, trwające dobę, ogranicza się do tego objawu. Brak znaczniejszych zachorzeń ze strony wątroby potwierdzony został przez ujemny wynik próby z hemoklazją, zachowanie się składników żółciowych we krwi, kale i moczu. Inne objawy ogólne również szybko mijają.

Przypadek opisany zasługuje na uwagę ze względu na niezwykle pomyślny przebieg, który, zdaniem naszem, przypisać należy wczesnemu zaleceniu bizmutu. Zastosowaliśmy go początkowo w dawce znacznie większej, aniżeli to czynił w swych przypadkach kiły Milian. Zaleciwszy choremu 4 razy po 1,5 gr. *pro die*, dawaliśmy w równych częściach saletrzan i węglan bizmutu, a to w tym celu, by z jednej strony zobojętnić węglanem kwas solny żołądkowy, z drugiej zaś, by przeciwdziałać ogólnej acydozie. Chory nasz wypił jednorazowo mniej więcej 200,0 gr. 1,25% roztworu sublimatu; żrący miejscowy wpływ jego wywołał prawdopodobnie dyfterytyczne zapalenie gardła.

Natomiast w obrazie klinicznym naszego przypadku brak było zupełnie zapalenia dziąseł oraz zachorzeń żołądkowo-kiszkowych, które, jako prawidło, występują we wszelakiem ostrem zatruciu rtęcią. Nie sądzimy jednak, by brak ten zależny był od niedostatecznej ilości rtęci, która dostała się do ustroju. Wprawdzie chory po zażyciu sublimatu kilkakrotnie wymiotował, ale ciężka ostra nefroza z 12‰ białka jest dostatecznym dowodem, że do krwiobiegu dostała się i zdążyła zadziałać dostatecznie wielka ilość rtęci. Że jednak zadziałanie to odbyło się bez ciężkich objawów ze strony jamy ustnej i przewodu pokarmowego i że wogóle skończyło się ono pomyślnie dla chorego, to zdaniem naszem, zawdzięczamy bizmutowi.

Jak sobie skuteczne działanie tego środka wytłumaczyć? Przedewszystkiem, jak to już zauważył Milian, bizmut zapobiega wtórnym zakażeniom jamy ustnej i przewodu pokarmowego, w których rtęć częstokroć prowadzi do wrzodziejących nieżytów; na karb wtórnych powikłań bakteryjnych złożyć należy niejedno zejście niepomyślne zatrucia rtęcią. Nie wyłączone jest również i to, że w ustroju tworzy się podwójne połączenie rtęciowo-bizmutowe, które jest mniej tru-

jące i łatwiej się wydziela, czy to przez nerki czy też przez śluzówkę jelita grubego.

Jakie jest działanie bizmutu w zatruciu rtęcią, objaśnić nie możemy; czy polega ono na wpływie bizmutu na florę w jamie ustnej i przewodzie pokarmowym, czy też jest ono inne, orzec trudno. Sam fakt działania, o ile wnioskować możemy z naszego przypadku, wątpliwości nie podlega i dlatego winien być on wyzyskany z punktu widzenia klinicznego. Dalsze spostrzeżenia niechybnie wykryją dokładniejszy mechanizm tego działania.

Piśmiennictwo.

1) Milian. Mercure et bismuth. — 2) Jaksch. Die Vergiftungen; akute Quecksilbervergiftung. — 3) Guillain i Gardin. Annales de médecine Avril. 1922. Physiologie pathologique de l'intoxication sublimé.

Przegląd piśmiennictwa

Tygodniki.

Le Journal Médical Francais

T. XI. Nr. 6. 1922

Trèmoliéres. **Patogeneza i leczenie zapalenia śluzowo-błoniastego kiszek.** Autor wylicza szereg teoryj powstawania zapalenia śluzowo-błoniastego kiszek. Teorja żołądkowa przypisuje nadkwaśności główną rolę w powstawaniu tego cierpienia. Treść kałowa jest wtedy bardziej zbita i podrażnia mechanicznie, nadkwaśność drażni chemicznie. Teorja wątrobowa łączy *colitis mucosa* z cierpieniami wątroby, zwłaszcza z kamicą żółciową. Teorja zakaźna uważa to przewlekłe cierpienie kiszek, jako sprawę wtórną po przebytych ostrych zakaźnych zapaleniach kiszek. Teorja nerwowa mówi o nerwicy brzusznej, jako zasadniczej sprawie, która prowadzi do zaburzeń jelitowo-kiszkowych. Podłożem mają być zaburzenia czynnościowe w układzie współczulnym. Wreszcie teorja mechaniczna widzi w przewlekłem zaparciu główną przyczynę powstawania zapalenia kiszek. Wszystkie powyższe teorje podają tylko poszczególne przyczyny powstawania *colitis mucosa*, nie objaśniają natomiast, dlaczego ta lub inna przyczyna u jednych osobników wywołuje objawy jelitowo-kiszkowe, u innych zaś nie. Autor uważa, że uwzględnia to tylko teorja, opierająca się na wagotonji, jako podłożu, na którem powstaje zapalenie śluzowo błoniaste kiszek. Zwraca ona główną uwagę na ogólną konstytucję, ujętą dawniej przez szkołę francuską. jako skazę nerwowo-artretyczną, obecnie ściśle opisaną, jako stan wagotonji. Stan spastyczny jelit i kiszek, zwiększone wydzielanie się śluzu, to, co stanowi istotę całego cierpienia, jest następstwem podrażnienia nerwu błędnego. Doświadczenia wykonane przez Roger'a i Trèmoliéres'a na królikach potwierdzają to. Autor zwrócił też uwagę, że objawy jelitowo-kiszkowe łączą się często z niedomogą gruczołu tarczowego. Było to stwierdzone doświadczalnie na małpach (Horsley) i królikach (Roger). Autor objaśnia to tem, że zmniejszona czynność gruczołu tarczowego, uczulającego układ współczulny, prowadzi do przewagi nerwu błędnego. Leczenie zapalenia śluzowo-błoniastego kiszek składa się z leczenia objawowego i przyczynowego. W leczeniu objawowem zaparcie zwalcza się przez podawanie takich środków jak agar-agar, psyllium lub olejów przeczyszczających, jak olej rącznikowy w małych i częstych dawkach, olej parafinowy, olej wazelinowy. Można stosować przemywania olejami (100—150 gr. olei olivar.) lub przemywania żółcią (5 gr. żółci na 200 gr. wody); belladonnę można podawać razem z olejem rącznikowym

Syrupi Belladonnae
Ol. Ricini
Ol. Amygdalar. dulc. aa 10,0

lub jako Extr. Belladonnae po 0,01—0,02, a następnego dnia olej rącznikowy.

Leczenie przyczynowe. Przeciwko opadnięciu żołądka i kiszki należy stosować pasek odpowiedni, masaże i zwracać uwagę na odżywianie. Zrosty i przewężenia są wskazaniem do leczenia chirurgicznego. Jeżeli zapalenie kiszki jest pochodzenia toksycznego, to powinno się usunąć przyczyny zatrucia nieraz zewnętrzne (leczenie rtęciowe), częściej pochodzenia wewnętrznego (samozatrucie artretyczne), przepisując środki moczopędne, alkaliczne, djetę odpowiednią, ćwiczenia gimnastyczne i t. p. Trzeba też zwracać uwagę na cierpienia innych narządów, które odruchowo powodują zapalenie kiszek, a więc na opuszczenie nerki, cierpienia narządów płciowych, zapalenie wyrostka robaczkowego, kamicę żółciową. Nadkwaśność żołądkową leczy się belladonną, magnezją, bizmutem i innemi środkami alkalicznemi Niedomogę wątroby i trzustki przez podawanie odpowiednich wyciągów. Powinno się też zwracać uwagę na usposobienie wagotoniczne, przepisując choremu wodolecznictwo, brom, belladonnę, arszenik i t. p. środki.

A. C. Guillaume. **Notatka kliniczna o niedrożności ostrej jelit i jej leczeniu.** Autor wylicza objawy fizykalne ostrej niedrożności jelit: miejscowe wzdęcie ponad przeszkodą, ruchy robaczkowe, które można wywołać przez podrażnienie powłok brzusznych, przez głębokie obmacywanie brzucha, uciskając gałki oczne, jak również przez podanie środków czyszczących (50 gr. oleju rycynowego), lub zastrzyknięcie ezeryny, względnie pilokarpiny. Te dwa ostatnie sposoby są zresztą ryzykowne. Przy rozpoznawaniu niedrożnosci jelit można również posiłkować się wysłuchiwaniem jamy brzusznej. Wszystkie powyższe objawy, za wyjątkiem pierwszego, nie występują w późniejszym okresie niedrożności. Obecność ich pozwala rozpoznawać niedrożność, lecz brak tych objawów nie daje prawa wykluczyć jej, tembardziej, że przy niedrożności porażennej objawy powyższe nie występują. Z innych sposobów rozpoznawczych autor podaje przepłukiwanie żołądka i szukanie części kałowych w treści żołądkowej. Przyznaje jednak, że objaw ten jest niezupełnie pewny. Dużą pomoc oddaje natomiast badanie rentgenologiczne tam, gdzie można je prędko wykonać.

Celem operacji powinno być nie tylko usunięcie przyczyny niedrożności, lecz również jak najprędsze usunięcie mas kałowych, ktore zebrały się ponad przeszkodą i są istotną przyczyną zatrucia ogólnego.

Przy stosowaniu uśpienia powinno się pamiętać o zwyrodnieniu wątroby i nerek i o zmianach w krążeniu, które są skutkiem działania toksyn, wsysających się w jelitach.

N. 7. 1922.

L. Blum. **Działanie moczopędne soli wapnia.** Badania nad moczopędnem działaniem soli wapnia opierają się na następujących faktach: 1) Podawanie soli potasu wywołuje zwiększone wydzielanie sodu, 2) zatrzymywaniu wody w organizmie towarzyszy zawsze równolegle zatrzymywanie sodu, 3) chlor nie ma żadnego znaczenia przy powstawaniu obrzęków. Działanie moczopędne soli wapnia jest podobne do działania soli potasu. Działanie soli wapnia w przypadkach, w których niema obrzęków: Jeśli zdrowemu osobnikowi podawać chlorek wapnia w ciągu 2—3 dni po 15 gr. dziennie, stwierdza się ubytek wagi, zwiększenie się dobowej ilości moczu i zwiększone wydzielanie sodu. To samo działanie występuje u chorych gorączkujących, oddających małą ilość stężonego moczu. Zastrzykując wapń dożylnie w przypadku zapalenia płuc włóknikowego, można doprowadzić do tego, że chory zaczyna oddawać dużą ilość zupełnie jasnego moczu. W przypadkach obrzęków pochodzenia sercowego, moczopędne, to znaczy duże, dawki soli wapnia nie mają żadnego działania, przeciwnie mogą jeszcze zaszkodzić. Natomiast małe dawki, n. p. zastrzyknięcie 0.25—0.5 gr. do żyły, może zwiększyć wydzielanie moczu. Jest to działanie wapnia na sam mięsień sercowy, zaznaczające się jeszcze wybitniej przy jednoczesnem podawaniu naparstnicy. W obrzękach nerkowych wapń działa skutecznie, jeżeli zmiany w nerkach nie są duże. Obrzęki pochodzenia tkankowego (głodowe, charłacze, toksyczne) nadają się bardzo do leczenia solami wapnia. W przypadkach puchliny brzusznej na tle marskości wątroby, o ile puchlina nie trwa długo i nie jest duża, chlorek wapnia może skutecznie działać. W przypadkach mniej pomyślnych powinno się połączyć wypuszczenie płynu z jednoczesnem podawaniem wapnia. Najwybitniejsze jednak działanie chlorku wapnia przejawia się w przypadkach wysięków zapalnych do jam surowiczych. Działa on tu nie tylko moczopędnie, lecz i przeciwzapalnie. Autor zaznacza, żę pomimo

świetnych wyników stosowania wapnia przy wysiękach zapalnych, zdarzają się przypadki, w których on mniej pomaga. Zależy to od objętości wysięku, czasu jego trwania, jadowitości zarazka, obecności włóknika na powierzchni błon surowiczych. Opisując sposób stosowania soli wapnia, autor podkreśla, że moczopędne działanie wapnia występuje tylko wtedy, jeżeli podaje się duże dawki i jeżeli stosuje się jednocześnie djetę bezsolną. Autor zaleca stosować roztwór Calcii chlorati 30 na 100. Dzienna dawka waha się od 15 do 30 gr. chlorku wapnia. Po 5—6 dniach. o ile do tego czasu wynik nie jest zadowalniający, powinno się zrobić 4—5 dniową przerwę. Przy stosowaniu dożylnem chlorku wapnia trzeba być ostrożnym, gdyż dostanie się soli pod skórę wywołuje silne bóle i prowadzi do martwicy. Zastanawiając się nad mechanizmem działania moczopędnego wapnia autor podaje następujące fakty: 1. wprowadzenie dużych dawek wapnia prowadzi do zmiany w mineralnych składnikach krwi, z początku zmniejsza się zawartość sodu, zwiększa się natomiast ilość wapnia, 2. Wapń przedostaje się z krwi do przestrzeni międzytkankowych. 3. Przed wystąpieniem diurezy zwiększa się stężenie krwi. 4. Dawki małe, nie wywołujące diurezy, prowadzą do rozwodnienia krwi. Opierając się na powyższych faktach, autor przypuszcza, że wapń, przedostający się ze krwi do płynów międzytkankowych, wywiera tu działanie wprost przeciwne do działania sodu. Podczas gdy sód wywołuje zatrzymanie wody, wapń prowadzi do odpływu wody z przestrzeni międzytkankowych. To, że przed wystąpieniem diurezy zwiększa się stężenie krwi, autor objaśnia w ten sposób, że na diurezę ma wpływ nie ogólna zawartość wody we krwi, lecz stosunek ilości wody wolnej, która łatwo może być wydalona, do wody ściśle związanej z koloidami krwi. W roztworach koloidalnych sód wywołuje pęcznienie koloidów, wapń przeciwnie odciąga wodę. Oprócz tego wapń działa na komórki nerkowe, podnosząc zdolność ich wydzielania wody. Działanie to występuje tylko w nerce nie wykazującej większych zmian chorobowych. *E. Jelenkiewicz.* (Warszawa).

Chirurgja.

Surgery, Gynekology and obstetrics.
T. 34. r. 1922.

Adion. **W sprawie patologji uszkodzeń splotu barkowego.** Z liczby 101 przypadków urazowego porażenia splotu barkowego, spostrzeganych w klinice Mayo, 45 wykazywało związek z porodem, 56 było następstwem poważnych urazów barku i kończyny górnej. Celem ustalenia patologji tych uszkodzeń, autor przedsięwziął szereg doświadczeń na zwłokach, wywodując rozmaitego rodzaju urazy, które podzielił na pięć grup w zależności od kierunku i gatunku urazu. Przez dokładne wypreparowanie splotu barkowego otrzymał potem dobry obraz odnośnych uszkodzeń i doszedł do wniosków następujących. Uszkodzenia splotu barkowego znajdują się w pobliżu otworów międzykręgowych. Uszkodzenie to dotyczyć może już to tkanki, otaczającej korzonki nerwów szyjowych, już to rozerwaniu ulegają korzonki powyżej splotów szyjowych. O ile uszkodzenia łagodniejsze poddaje się nagół leczeniu zachowawczemu, o tyle rozległe zerwanie pni nie rokuje zupełnej poprawy, nawet pod wpływem leczenia chirurgicznego.

Kanavel i Davis. **Anatomja chirurgiczna nerwu trójdzielnego.** Dostęp do zwoju Gassera, zapoczątkowany dzięki pracom Horsley'a, Krause'go, Cushing'a i Lexera, nie jest łatwy, a operacja, mająca na celu usunięcie tegoż względnie przecięcie gałązek nerwu trójdzielnego, połączona jest z szeregiem niebezpieczeństw. Ażeby ułatwić chirurgom ominięcie tych niebezpieczeństw i orjentację w bądź co bądź zawiłych stosunkach anatomicznych, zbadali autorowie z największą dokładnością 100 czaszek i ustalili przeciętną odległość od zewnętrznej powierzchni łuski skroniowej, otworu kolcowego, przepuszczającego tętnicę oponową środkową, dalej opisali typy i przebieg tętnicy na łusce, przebieg gałązki ruchowej nerwu trójdzielnego, odległość zwoju od otworu kolcowego. Wyniki nadzwyczaj starannej pracy są następujące: Przeciętna odległość otworu kolcowego (for. spinosum) od punktu na wewnętrznej powierzchni łuski skroniowej, odpowiadającego na policzku guzkowi przedpanewkowemu (tuberculum praeglenoidale) wynosi 2,47 cm. Można ustalić 6 typów tętnicy oponowej. Najczęstszy odpowiada wyraźnemu podziałowi jej na gałąź przednią i tylną. Odległość otworu kolcowego od zwoju Gassera, na linji przecinającej poprzeczną w tem miejscu średnicę czaszki pod kątem 20°, wynosi przeciętnie 1,96 cm. Odległość od otworu owalnego pod kątem 30° — 0,7 cm; zaś od otworu okrągłego pod kątem 30° — 2,27 cm. W 41% przypadków wyraźne wyskoki kostne na wewnętrznej kości utrudniają dostęp do otworu kolcowego i podwiązanie tętnicy. Jakkolwiek uszkodzenie gałęzi żuchwowej nerwu trójdzielnego, przebiegającej na wewnątrz od zwoju, zazwyczaj nie prowadzi do poważniejszego zakłócenia czynności żwaczów, jednakże należałoby dążyć do ominięcia tego nerwu podczas gasserektomji. W 40% przypadków zwój Gassera oddziela od tętnicy szyjowej cienka błonka. Wreszcie autorowie stwierdzają, że przyczyny występujących niekiedy po operacji zaburzeń w zakresie nerwu twarzowego, przy dzisiejszym stanie wiedzy, ustalić nie podobna. *Aldertheim* (Warszawa).

Archiw. f. klin. Chirurgie.
1922.

E. Gohrbrandt. **O zachowaniu się jąder po podwiązaniu naczyń nasiennych prócz powrózka nasiennego i towarzyszącej mu tętnicy nasieniowodowej** (art. deferentialis). Powyższą operację stosuje się w razie zatrzymania się jąder w kanale pachwinowym i w razie rozszerzenia żył powrózka nasiennego. Metodę operacji podał Bevan i Mauclaire, a następnie polecali ją Moschkowitz, Anschütz, Hanus i Küttner. Autorowie, za wyjątkiem Küttnera, wspominają o dobrych wynikach operacyjnych, to jest o zachowaniu jąder. Oboczne połączenie tęt. nasieniowodowej z wewnętrzną tętnicą nasienną (art. sperm. int.) miało niby utrzymać wystarczający obieg krwi. Neuhans stwierdził połączenie bezpośrednie tych naczyń powyżej główki nadjądrza, a Radliński uwidocznił je w nader pięknych preparatach. Wprawdzie już Miflet w roku 1879, kiedy jeszcze uważano tętnicę nasienną wewnętrzną za końcową w znaczeniu Cohnheima, robił doświadczenia, podwiązując ją, niestety, nie wiadomo, czy nie poniżej połączenia obocznego, wówczas jeszcze nieznanego. W każdym razie stwierdził on obumarcie masy jądrowej. Tak samo Martini w doświadczeniach na psach doszedł do wniosku, że podwiązanie naczyń nasiennych wywołuje zwyrodnienie komórek, później jednakowoż miał nastąpić powrót do stanu pierwotnego. Przeoczył on wszakże, robiąc swoje doświadczenia na jądrach normalnych, że przy zatrzymaniu się jąder w kanale pachwinowym następuje i bez tego czynnika zwyrodnienie i zanik masy jądrowej.

W celu wyjaśnienia tej sprawy autor wykonał szereg doświadczeń na psach, u których naprzód operacyjnie wytworzył wnętrostwo; następnie po pewnym czasie wykonał operację podwiązania i przecięcia naczyń nasiennych prócz powrózka i jego tętnicy. Badając po pewnym czasie jadra dotykiem, w 5 ciu przypadkach stwierdził zmniejszenie się ich, w trzech niewielkie powiększenie, tylko w dwóch zupełny zanik. Lecz po wycięciu jąder stwierdził drobnowidzowo, że największa część masy jądrowej uległa obumarciu. Jądra składały się z zewnętrznej twardej otoczki tkanki łącznej, następnie z wału tkanki ziarninowej, a w środku z masy obumarłej. W kilku miejscach znalazł jeszcze pojedyncze komórki nasienne, lecz komórki wykazywały wiele zmian wstecznych. Połączenia tych kanalików z drogami odprowadzającemi nigdzie nie stwierdził. Brak jąder zupełny w dwóch przypadkach a w innych zmiany wielkości tłumaczy on powstaniem mniejszego lub większego wylewu krwi pooperacyjnego, od którego organizacji ostatecznie zależna jest grubość otoczki. Co do czynności płciowej jąder, to chuć przed kastracją istniała nadal, zapłodnienie jednak w żadnym przypadku nie nastąpiło. Dwa psy, operowane po wnętrostwie, operacyjnie wywołanem, bez podwiązania naczyń skutecznie użyto do rozpłodu.

Aczkolwiek autor doświadczenia swoje robił tylko na psach, uważa on podwiązanie naczyń nasiennych w opera-

cjach zatrzymania się jąder w kanale pachwinowym za niewskazane. *Ł. Piórek.* (Warszawa).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXXII. Posiedzenie naukowe w dniu 24 listopada 1922 r. Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 138.

1) Prezes poświęca kilka słów wspomnienia śp. kol. Dr. Meschlowi Józefowi, ogłasza przyjęcie kol. Kasa Stanisława, Bilińskiego Edwarda, Szumskiego Jana, Huberta Edwarda, Naroga Franciszka, Zduńczyk-Zakrzewskiej Józefy, Popławskiego Zdzisława, Woyciechowskiej Anieli na członków zwyczajnych, a kol. Bergera Henryka na członka nadzwyczajnego; dodaje, że lwow. Tow. lek. na akademji ku czci śp. prof. dra Bołoz-Antoniewicza reprezentuje w dniu dzisiejszym wiceprezes kolega Świątkiewicz.

2) Kol. Sabatowski donosi o otwarciu sezonu zimowego Zakładu djetetyczno-hydropatycznego w Niemirowie.

3) Kol. Nowicki wygłasza odczyt p. t. **Wpływ promieni Roentgena na biologję i histologję nowotworów złośliwych.** Uzasadniwszy na wstępie, że działanie promieni Roentgena kryje się mniejwięcej z działaniem promieni radu, przeszedł autor do omówienia sprawy wrażliwości komórek, względnie tkanek, na działanie tychże promieni. Poruszył sprawę wpływu ich na tkankę roślinną, w szczególności na nasiona kiełkujące, na drobnoustroje, pierwotniaki i ustroje wielokomórkowe (metazoa). Podniósł zależność wrażliwości od zdolności reprodukcyjnej tkanki, od zdolności i utrzymywania się podziału karjokinetycznego, wreszcie od stanu niedojrzałości postaciowej i czynnościowej tkanki naświetlanej. Przy omawianiu sposobu działania promieni wspomniał o doświadczeniach Schaudinna i Hertwiga; w szczególności poruszył sprawę stosunku naświetlania komórek płciowych do zdolności zapłodnienia i następowego rozwoju. Promienie działają przedewszystkiem na jądro. Mowca przedstawił teorje, starające się wytłómaczyć istotę działania promieni na tkankę, w szczególności omówił działanie jonizujące promieni, a następnie, opierając się na badaniach Schwarza, Wernera, Exnera i in. przedstawił wpływ ich na chemizm komórki naświetlanej. W końcu omówił zmiany histologicznoanatomiczne pod wpływem promieni, opierając się częściowo na materjale własnym, z którego przedstawił szereg preparatów i tablic.

4) Kol. Chania wygłasza odczyt p. t. **Zasadnicze wiadomości z techniki i teorji naświetlania nowotworów złośliwych.** (Ukaże się drukiem w Pol. Gaz. lek.).

XXXIII. Posiedzenie naukowe w dniu 1 grudnia 1922 r. Przewodniczy kol. Świątkiewicz. Obecnych 116.

1) Wybrano komisję matkę dla ustalenia listy wyborczej nowego zarządu na rok 1923.

W skład komisji weszli kol. Czeżowska, Domaszewicz, Gąsiorowski, Graf, Karowiec, Kohlberger, Papée, Rencki, Ruff, Schelenberg, Slek, Steusing, Świtalski, Węgłowski, Zabłocki, Zaorski, Zalewski i Zieliński.

2) Kol. Zakrzewski starszy zaprasza na mający się odbyć 8 i 9 grudnia Zjazd przedstawicieli polskich zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich.

3) Kol. Meisels wygłasza odczyt: **O zasadach leczenia nowotworów złośliwych promieniami Roentgena.**

3) Kol. Bocheński mówi: **O wynikach naświetlania raka macicy promieniami Roentgena na podstawie materjału własnego.**

4) Kol. Vrabetz wygłasza odczyt: **O leczeniu schorzeń ginekologicznych niezłośliwych** (Wszystkie wykłady ukażą się drukiem).

W dyskusji kol. Schramm dodaje, że z własnych kilkunastu przypadków raka, naświetlanych promieniami Roentgena, miał dobre wyniki przy raku płaskim na czole lub głowie; przy raku piersi nie miał korzystnych wyników, a jeden przypadek raka macicy z rozpaczliwego stanu, nie nadającego się do operacji, poprawił się znacznie. Chora jednak zmarła na nawrót raka. Równocześnie przedkłada rezolucję, dążącą do stworzenia centralnego instytutu rentgenologicznego, wspólnego dla kliniki i szpitala powszechnego.

Kol. Nowicki nie jest sceptykiem w zapatrywaniu na działanie lecznicze promieni Roentgena w chorobie raka; zdanie to opiera na obrazach, jakie się widzi pod mikroskopem w prepa ratach z raków naświetlanych. Jeżeli wyniki dotąd nie są takie, jakichbyśmy sobie życzyli, winę tego niewątpliwie ponosi niedostateczna technika naświetlania raka. W udoskonaleniu jej należy spodziewać się uleczenia radykalnego chorych rakowych.

Mowca, na podstawie spostrzeganych przypadków, oglądanych gołem okiem i obrazów drobnowidowych, z naciskiem musi podkreślić konieczność ściśle osobniczego postępowania w każdym poszczególnym przypadku raka — każdy nowotwór rakowy jest dla siebie i w stosunku do ustroju całego jednostką indywidualną. Postępowanie zatem szablonowe w leczeniu raka energją promienną winno być wykluczone. Co do stosunku bujającej tkanki łącznej do gniazd rakowych, występuje przeciw zapatrywaniu, jakoby niszczenie komórek rakowych było następstwem bujania tej tkanki a nie działania bezpośredniego na nie promieni.

Kol. Cieszyński. Ponieważ nie było referatu szczegółowego, odnoszącego się do leczenia promieniami Roentgena w chirurgji, chciałby chociaż w części lukę tę uzupełnić i podać w krótkości uwagi swoje odnośnie do chirurgicznych przypadków stomatologicznych. Jak już kol. Schramm zauważył, uzyskujemy bardzo dobre wyniki, lecząc raka twarzy promieniami X. Wchodziłyby tu w rachubę zmiany nowotworowe złośliwe, tak często zachodzące na wargach i języku. Szczególnie usunięcie języka drogą chirurgiczną prowadzi do bardzo poważnych zaburzeń mowy, którychby należało unikać. Także i nowotwory złośliwe kości szczękowej w stanach niezbyt daleko posuniętych. Jeżeli zaś wykona się zabieg chirurgiczny, pracując w pobliżu szlachetnych narządów, jak np. oka, przy daleko posuniętych sprawach nie możemy zawsze powiedzieć z całą dokładnością, czy się usunęło wszystko do ostatniej komórki nowotworowej, mogącej się stać zaczątkiem nawrotu. Dlatego pozostaje na stanowisku, że tego rodzaju przypadki powinno się naświetlać mimo operacji. Poza nowotworami złośliwemi uzyskuje się bardzo dobre wyniki rentgenoterapją w promienicy, przedewszystkiem zaś w gruźlicy jamy ustnej i szczęki, na którą wszystkie inne zabiegi lecznicze nie mogą wpłynąć dodatnio. Leczenie rentgenowskie powinno być przeprowadzone przez specjalistę rentgenoterapeutę, a nie przez rentgenodjagnostyków, których mamy w każdym Zakładzie lekarskim dla każdej specjalności. Wymaga ono bowiem nietylko znajomości zasad i przygotowania teoretycznego, lecz długoletniego doświadczenia, którego nie może nigdy wykazać ten, który tylko dorywczo zajmuje się tym przedmiotem.

Dlatego winny być w każdej klinice, a nawet w Zakładach medycyny teoretycznej, aparaty rentgenowskie, służące do celów rozpoznawczych, natomiast dla rentgenoterapji powinien być jeden centralny Zakład rentgenoterapeutyczny; w zakładzie tym musi być jeden doświadczony rentgenoterapeuta, z którym pracować winni w porozumieniu klinicyści i teoretycy, jak anatomo-patologowie. Dopiero na tej podstawie może się rentgenoterapja skutecznie rozwijać, a zarazem może dać najlepsze zapewnienie pod względem sposobu przeprowadzenia leczenia.

Mowca ma głębokie przekonanie, że stworzenie takiego jednego centralnego Zakładu rentgenoterapeutycznego nie napotkałoby we Lwowie na wielkie trudności i uzyskałoby poparcie Rządu.

Przychyla się w zupełności do wniosku kol. Schramma, że na posiedzeniu dzisiejszem powinna zapaść rezolucja, domagająca się od Rządu pomocy w tym kierunku, oraz podnosi żądanie, ażeby oszczędności Kasy chorych były zużyte na stworzenie drugiej centrali rentgenoterapeutycznej dla członków Kasy chorych. (A. r.).

Kol. Meisels mówi o trudnościach technicznych naświetlania leczniczego w przypadkach raka narządów wewnętrznych. Występuje przeciw zapatrywaniu o działaniu podrażniającem małych dawek, a na dowód tego przytacza dane z piśmiennictwa.

Kol. Chania, opierając się na fizyce promieni Roentgena, podkreśla trudności, z jakiemi musi walczyć rentgenolog, by, stosując zbyt silne dawki, nie uszkodzić tkanki fizjologicznej.

W dalszej **dyskusji** podniesione, między innemi, wprost niesłychane trudności, z jakiemi muszą walczyć Kliniki i szpital z powodu braku najpotrzebniejszego urządzenia dla leczenia promieniami, w następstwie czego szereg chorych niezamożnych musi być pozostawiony swemu losowi.

Ostatecznie jednomyślnie uchwalono domagać się od czynników odpowiednich utworzenia we Lwowie centralnego zakładu rentgenowskiego, przeznaczonego dla Klinik i Szpitali. Opracowaniem memorjału ma się zająć Wydział Towarzystwa.

XXXIV. Posiedzenie wspólne w dniu 15. grudnia 1922 r.

Poświęcone uczczeniu setnej rocznicy urodzin Ludwika Pasteura, urządzone przez Uniwersytet, Politechnikę, Akademję medycyny weterynaryjnej i towarzystwa naukowe, odbyło się w auli Coll. maximum. Na posiedzeniu tem wygłosił kol. Steusing odczyt **O życiu i zasługach Pasteura.** W posiedzeniu wzięli także udział liczni członkowie Towarzystwa.

Kmietowicz, sekretarz.

Polskie Towarzystwo ginekologiczne.

Dnia 9-go listopada r. b. Ministerstwo Spraw wewnętrznych zatwierdziło Statut Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, założonego w czerwcu r. b. na posiedzeniu delegatów z Warszawy, Krakowa, Lwowa, Poznania i Wilna. Do Zarządu nowopowstałego Towarzystwa powołano: Prof. Dra Adama Czyżewicza, jako prezesa, Prof. Dra Aleksandra Rosnera, jako wiceprezesa, Dra Józefa Laskowskiego, jako skarbnika, Dra Henryka Gromadzkiego, jako I sekretarza, Dra Władysława Janczewskiego, jako II sekretarza oraz Dra Władysława Jakowickiego, Dra Bolesława Grzankowskiego, Dra Marjana Ryłkę i Doc. Dra Zygmunta Monsiorskiego, jako członków Zarządu.

Głównem zadaniem Towarzystwa będzie zwoływanie Zjazdów Ginekologicznych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

które odbywać się będą co dwa lata. I Zjazd odbędzie się w Warszawie w dniach 4. 5 i 6-ym kwietnia 1923 roku.

Wybrano następujące tematy programowe:

I O niedorozwoju morfologicznym i upośledzeniu czynności narządów płciowych kobiecych. Referent: Prof. Dr. A. Rosner (Kraków).

II. Zatrucie ciążowe ze specjalnem uwzględnieniem zmian w nerkach. Referent: Prof. Dr. A. Czyżewicz (Warszawa). Koreferenci: Doc. Dr. J. Zubrzycki (Kraków), Dr H. Gromadzki (Warszawa).

III. Neomaltuzjanizm i sztuczne przerwanie ciąży, jako zagadnienie społeczne. Referent: Doc. Dr. K. Bocheński (Lwów).

IV. O kształceniu położnych w Polsce. Referent; Doc. Dr. B. Kowalski (Poznań). Koreferent Dr. A. Karnicki (Wilno).

Zapisy na członków Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, jak również zgłoszenia referatów na I Zjazd przyjmuje I sekretarz Towarzystwa Dr. Henryk Gromadzki — Warszawa, Senatorska 24, m. 5.

Zarząd uprasza o możliwie wczesne nadsyłanie zgłoszeń, ażeby program zjazdu mógł być zawczasu ułożony, oraz o wczesne zgłoszenia uczestnictwa w Zjeździe, ażeby mógł zapewnić Kolegom z prowincji mieszkania na czas obrad Zjazdu.

Za Zarząd Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego *Adam Czyżewicz* prezes. *Henryk Gromadzki* I. sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy P. P., Okręg Małopolski i Śląska Ciesz.

Protokół 228. posiedzenia Wydziału w dn. 13. listopada 1922.

Posiedzenie poświęcono omówieniu wskazówek dla delegatów Okręgu na wspólną naradę z delegatami Związku Okręg. Kas chorych w Krakowie w dniu 19 listopada 1922. O ile cennik dla lekarzy, opracowany przez Wydział, byłby za ciężki do przyjęcia przez mniejsze Kasy chorych, to niech się może one łączą po kilka w jednym wspólnym zarządzie, by podołać łatwiej wydatkom na lekarzy. Na tej naradzie należy poruszyć i ujednostajnić wynagrodzenie za przysyłanie chorych z prowincjonalnych Kas chorych do lekarzy specjalistów Kasy chorych m. Krakowa.

Przyjęto szczegółowo opracowany regulamin (pragmatykę służbową) dla lekarzy, pracujących w Kasach dla chorych, normujący prawa i obowiązki lekarzy. Ma on być wzorem do umów między obiema stronami.

Na konstytuujące się zebranie Obwodu bialskiego w Białej w dniu 19 listopada 1922 uchwalono wysłać jednego członka Wydziału.

P r o t o k ó ł 229. posiedzenia Wydziału w dniu 17 listopada 1922.

Dr. Żydłowicz odczytuje odezwę, przeznaczoną do wytłoczenia w Polsk. Gaz. Lek. Odezwa ma kolegom otworzyć oczy na niespodzianki, jakie rząd gotuje tym, co przyjmują posady lekarzy dla leczenia funkcjonarjuszy państwowych na koszt Skarbu.

Przyjęto do wiadomości pismo Zarządu Powiatowej Kasy chorych w Sanoku, iż sprawę dra B. przekazał Zarząd Komisji Pojednawczej.

Wydział Okręgu dziękuje serdecznie kol. dr. C h a l b a z a n e m u w Stryju za trudy około zawiązania obwodu Okręgu w powiecie stryjskim.

Zwrócono uwagę kol. dr. K. w D., że powinien brać honorarja, uchwalone w miejscowej taryfie. O ile się na nią zgodził, nie powinien pobierać za wyjazdy 12—14 km 2000 Mk, bo to ubliża lekarzowi. Od biednego raczej nic nie brać, aniżeli poniżać siebie i stan lekarski.

Uchwalono zwrócić się do Min. Spraw wojsk. z zapytaniem, czy zawodowym lekarzom wojskowym wolno być lekarzami dla Kas chorych, funkcjonarjuszy państwowych i innych prywatnych lub rządowych cywilnych instytucyj.

Wydział Wykonawczy Zw. Lek. P. P. donosi, że lekarze Kas dla chorych na północnem Pomorzu zaprzestali pracować w Kasach, gdyż te nie chcą się zgodzić na żądania lekarzy.

Uchwalono ogłosić jeszcze raz w Pol. Gaz. Lek. ostry zakaz przyjmowania jakichkolwiekbądź posad, czy zawierania umów o leczenie funkcjonarjuszy państwowych na koszt Skarbu.

Lekarze przekraczający ten zakaz narażają się na wszelkie niemiłe następstwa ze strony Związku i ogółu kolegów.

P r o t o k ó ł 230 posiedzenia Wydziału w dniu 7 grudnia 1922.

Postanowiono zwrócić się do Wydziału Wykonawczego w Warszawie z wyjaśnieniem, że, według jego rozstrzygnięcia, Śląsk Cieszyński należy organizacyjnie do Okręgu Małopolski i Śląska Cieszyńskiego. Okręg górnośląski w Katowicach powinien o tem być dokładnie powiadomiony, by organizowanie lekarzy w Cieszyńskiem nie wychodziło z dwóch stron i nie prowadziło do niepotrzebnego współzawodnictwa.

Wydział Okręgu dziękuje obwodowi w Chrzanowie za składkę 200.000 Mk, jakie lekarze Kas chorych w Zagłębiu chrzanowskiem złożyli na ręce kol. Fonferki.

Załatwiono cały szereg spraw bieżących.

P r o t o k ó ł 231 posiedzenia Wydziału w dniu 12 grudnia 1922.

Uchwalono podwyższyć wszystkie pozycje w cenniku, wydanym w czerwcu 1922 dla lekarzy w Kasach dla chorych, na październik o 100%, na listopad jeszcze o dodatek drożyźniany dla funkcjonarjuszy państwowych, na grudzień o 150%.

Zwrócono się do Zarządu Pow. Kasy chorych w Białej z przedstawieniem, że kontrolowanie chorego lekarza nie należy do dyrektora, tylko do Zarządu Kasy.

W sprawie wypowiedzenia posady naczelnemu lekarzowi w Turce nad Stryjem zwrócono się do Zarządu tej Kasy o wyjaśnienie. Kol. Ruśkiewicz ma pozostać aż do rozstrzygnięcia na swem stanowisku, w przeciwnym razie Związek chwyci się jak najostrzejszych środków.

W sprawie nieporozumienia między Drem H e r z e m a Drem T e l l e r e m w Rzeszowie zatwierdzono wyrok Sądu polubownego. W razie nie poddania się jego wyrokowi można należytość uzyskać sądownie.

Dr. Kostecki, sekretarz *Dr. Cercha*, przewodniczący.

Związek lekarzy kolejowych P. P.

W dniu 17. grudnia odbyło się posiedzenie organizacyjne Warszawskiego Koła lekarzy kolejowych Związku Lekarzy Państwa Polskiego, na którem przyjęto w ostatecznej redakcji i zatwierdzono zamieszczony poniżej regulamin oraz dokonano wyboru członków Zarządu i Delegatów.

Na posiedzeniu Zarządu w dn. 20 grudnia powołano na przewodniczącego kol. W. Szumlańskiego, na zastępcę kol. doc. A. Orłowskiego, na skarbnika kol. A. Krzeczkowskiego, na sekretarza kol. J. Zawadzkiego i na jego zastępcę kol. J. Więckowskiego.

Na delegata Koła warszawskiego do Sekcji został wybrany kol. J. Knoff, na delegata Sekcji do głównego Zarządu Związku kol. J. Składowski.

Regulamin Sekcji i kół lekarzy kolejowych Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Art. 1. Przy Związku Lekarzy Państwa Polskiego tworzy się Sekcja Lekarzy kolejowych, którzy, jako członkowie Związku, należą do odpowiednich obwodów.

Art. 2. Sekcja ma na celu ulepszenie stanu sanitarnego i lecznictwa na kolejach oraz obronę interesów moralnych, ekonomicznych, naukowych i zawodowych lekarzy kolejowych z zachowaniem obowiązujących praw.

Art. 3. W tym celu Sekcja ma prawo zwoływać Zjazdy i zebrania, urządzać wycieczki naukowe, odczyty, pokazy i t. p.

Art. 4. Sekcja lekarzy kolejowych dzieli się na tyle kół, ile jest Dyrekcyj kolejowych z siedzibą każdego koła tam, gdzie się znajduje Dyrekcja.

Art. 5. Każde koło wybiera swój Zarząd, pozostający w ścisłym związku z zarządem Sekcji w Warszawie oraz z Zarządem miejscowego Okręgu Związku Lekarzy P. P. Korespondencja z władzami odbywa się za pośrednictwem sekcji.

Art. 6. Zarząd kół składa się z 5 osób: przewodniczącego, jego zastępcy, sekretarza, jego zastępcy oraz skarbnika. Zarząd kół jest wybierany na rocznych zebraniach kół w grudniu na rok, z prawem przedłużania mandatów członków ustępujących. Na zebraniu tem koło wybiera delegatów do Zarządu sekcji w stosunku 1 na 20 członków. Koła liczące mniej niż 20 członków wybierają jednego delegata

Art. 7. Raz na rok w styczniu zbierają się delegaci kół w Warszawie w celu wyborów Zarządu Sekcji. Zarząd Sekcji składa się z 5 osób: przewodniczącego, jego zastępcy, sekretarza jego zastępcy, oraz skarbnika.

Art. 8. Delegaci Kół zbierają się w Warszawie przynajmniej dwa razy na rok na zaproszenie Zarządu sekcji, w celu omawiania i rozstrzygania spraw, wchodzących w zakres działalności sekcji.

Art. 9. Zarządy kół zbierają się przynajmniej co kwartał w celu omawiania i rozstrzygania spraw, wchodzących w zakres działalności sekcji. Na posiedzeniach Zarządu jest obecny delegat do Sekcji lekarzy kolejowych.

Art. 10 Zarządy kół a) utrzymują ścisłą łączność z członkami przez zwoływanie narad, zebrań, urządzanie odczytów i pokazów; b) zawiadują funduszami kół; c) komunikują się z Sekcją za pośrednictwem delegata; d) utrzymują stosunki z odnośnym zarządem okręgowym Lekarzy P. P. przez swego delegata.

Art. 11. Zarząd Sekcji a) utrzymuje ścisłą łączność za pośrednictwem delegatów z kołami, b) utrzymuje ścisłą łączność przez swego delegata z Zarządem Głównym Związku Lekarzy P. P., c) znosi się z inicjatywy kół i własnej z władzami państwowemi, d) zwołuje Zjazdy delegatów, e) zwołuje Zjazdy Lekarzy kolejowych, f) układa regulaminy dla siebie i zarządów kół.

Art 12. Członkowie kół, niezależnie od składek ogólnych dla Związku Lekarzy P. P., wpłacają na ręce skarbnika co rok uchwaloną przez zebranie koła składkę na ich specjalny fundusz. Fundusze te pozostają w rozporządzeniu Zarządu kół i służą na pokrycie wydatków koła. Sprawozdanie z obrotu

funduszów składa co rok Zarząd koła ogólnemu zebraniu. Trzecią część składek koła przelewa się do kasy Sekcji, która z obrotu funduszów składa sprawozdanie ogólnemu zebraniu delegatów.

Art. 13. Ogólne zebranie kół i delegatów zwołują odnośne Zarządy, ogłaszając o tem w zaproszeniach imiennych na dwa tygodnie przed terminem. Delegaci kół przy pełnieniu swych obowiązków otrzymują djety i zwrot kosztów od kół odnośnych. Wysokość djet określają Koła.

Art. 14. Po zorganizowaniu się kół tworzy się sekcja, a tymczasem koło warszawskie i jego Zarząd zastępują sekcję. Na zebranie ogólne są powoływani delegaci tych kół, które się zorganizowały.

Dr. Antoni Kuczyński.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 16 grudnia r. ub. zmarł na wsi, cicho, niepostrzeżenie, jeden z wybitnych polskich otjatrów, a jednocześnie niepośledni histolog fizjolog—Dr. Antoni Kuczyński; wraz z nim ubyła z pośród lekarzy warszawskich osobistość wyjątkowo czysta i szlachetna, we wszystkich budząca jednakowe uczucie sympatji i szacunku.

Ś. p. A. Kuczyński urodził się w Warszawie w roku 1866. Po ukończeniu 3-go gimnazjum wstąpił na medycynę w 1886 roku i tu odrazu, bo zaraz od 2-go kursu, z całym zapałem zabrał się do ukochanej dziedziny wiedzy — do specjalnych studjów nad histologją w pracowni nigdy niezapomnianego dla nauki polskiej prof. H. Hoyera. Studjom tym poświęcał się tak gruntownie, że po czterech latach ogłosił poważną pracę histologiczną p. t. »Histologja gruczołów Brunnera«, za którą otrzymał nagrodę Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Praca ta otworzyła przed Nim drogę naukową, gdyż dzięki jej powołał Go do swej pracowni na asystenta jeden z najwybitniejszych polskich fizjologów, prof. F. Nawrocki. Tu, pod kierunkiem dzielnego uczonego, Kuczyński kontynuował dalej studja z zakresu histologji oraz fizjologji. Wynikiem tych studjów była poważna praca: p. t. »Oddział trawieńcowy przewodu pokarmowego oraz trzustka i wątroba«, ogłoszona w zbiorowym podręczniku histologji, wydanym w r. 1901. Tu również Kuczyński poznał dokładnie tajniki fizjologji i nabrał nadzwyczajnej biegłości w eksperymentowaniu, którą podziwiali wszyscy ci, co mieli możność pracę jego obserwować.

Niestety warunki ówczesne w Uniwersytecie warszawskim dla rozwoju nauki polskiej były wprost zabijające. Kuczyński nie mógł nawet marzyć o tem, ażeby zdobyć z czasem katedrę uniwersytecką i możność niezależnej pracy naukowej w Warszawie. A żyć trzeba było. Trzeba było myśleć o zdobyciu środków do życia drogą praktyki lekarskiej. Za specjalność więc obrał sobie początkowo chirurgję i rozpoczął w tym kierunku pracę w klinice prof. Kosińskiego, a następnie kontynuował ją dalej na oddziale przedwcześnie zmarłego Jawdyńskiego. Uznając wszakże konieczność specjalizacji w chirurgji, wybrał dział chorób usznych i jemu postanowił się poświęcić. Za przewodników obrał sobie na tej drodze wybitnych specjalistów polskich, śp. Benniego i Guranowskiego. W celu uzupełnienia studjów kilkakrotnie przedsiębrał podróże naukowe zagranicę do Wiednia, Monachjum, Berlina. Po powrocie rozpoczął pracę samodzielną, przez dłuższy czas prowadził przyjęcia chorych na uszy w ambulatorjum Szpitala Dzieciątka Jezus. Praktyka otjatryczna nie przeszkadzała mu dalej pracować w zakresie ukochanej fizjologji, której oddaje się w dalszym ciągu na stanowisku asystenta pracowni uniwersyteckiej oraz docenta Instytutu Weterynaryjnego i Szkoły Dentystycznej. W roku 1901 w wielkim poradniku dla samouków ogłasza pracę kompilacyjną pod tytułem »Fizjologja«, która wielce przyczyniła się do spopularyzowania tej podstawowej gałęzi wiedzy przyrodniczej wśród szerokich warstw inteligencji polskiej. Wszedłszy do grona współwłaścicieli »Gazety Lekarskiej« stał się jednym z najpunktualniejszych i najczynniejszych członków Komitetu Redakcyjnego, oceniając prace z zakresu histologji, fizjologji i otjatrji. Ta praca pochłaniała go, obok pracy zawodowej i pedagogicznej, całkowicie, to też w tym czasie większych prac nie ogłosił oprócz zresztą dwóch gruntownych i obszernych ocen: Podręcznika chorób usznych Hejmana w roku 1903 i Zbiorowego podręcznika Fizjologji Człowieka, wydanego w r. 1916. Obie te oceny wykazały nadzwyczajną sumienność śp. Kuczyńskiego, jego głęboką wiedzę, zarówno w dziedzinie otjatrji, jak i fizjologji, jego niezależność sądu, i mogą służyć za wzór dla przyszłych krytyków i recenzentów, jak do podobnego rodzaju ocen przystępować i jak je pisać należy, ażeby uczciwie spełnić poważny obowiązek społeczny krytyka.

W pierwszym dziesiątku bieżącego stulecia śp. Kuczyński zapadł na zdrowiu. Osłabiony chorobą i różnemi zawodami życiowemi organizm coraz bardziej podupadał. Obszerna praktyka lekarska, którą dzięki swej wiedzy i sumienności zdobył, męczyła go bardzo. Z jego śmiercią koledzy stracili serdecznego, szlachetnego i rozumnego doradcę, chorzy sumiennego, pełnego współczucia ludzkiej niedoli lekarza, nauka polska dzielnego, sumiennego, niestrudzonego pracownika.

Cześć Jego pamięci! *J. Szmurło.*

Po stworzeniu katedry fizjologji na Wydziale lekarskim wskrzeszonego Uniwersytetu polskiego w Warszawie i objęciu kierownictwa w r. 1916 zwróciłem się niezwłocznie do śp. kol. Kuczyńskiego z prośbą o zajęcie stanowiska pierwszego asystenta i oddanie na tym posterunku swej głębokiej wiedzy i doświadczenia na usługi umiłowanej nam obu sprawy. Kuczyński przez wzgląd na stan swego zdrowia wahał się przez chwilę, wreszcie jednak propozycję przyjął i niejednokrotnie później oświadczał, że sprawia mu to prawdziwą satysfakcję, że może poświęcić choć resztki swych sił odrodzonemu Uniwersytetowi polskiemu i być jak gdyby żywą tradycją czasów H. Hoyera i F. Nawrockiego. Zetknąłem się wtedy bliżej ze śp. Kuczyńskim i mogłem dokładnie ocenić Jego głęboką i wszechstronną wiedzę oraz ogromne wyszkolenie eksperymentatorskie. Niestety ciągle pogarszający się stan Jego zdrowia odrywał Go od Zakładu i nie pozwalał zająć się pracą twórczą, o czem ciągle myślał, aż wreszcie w r. 1919 usunął się zupełnie w zaułek życia domowego. Tych kilka lat razem spędzonych przy warsztacie uniwersyteckim zostawiły we mnie niezatarte wspomnienia Jego postaci. Był to człowiek wielkiej wartości umysłowej i moralnej, natura subtelna i delikatna, skromny nadzwyczaj w ocenianiu siebie samego, umiejący jednak sprawiedliwie ważyć cudzą pracę i wysiłki.

Warunki osobiste Jego życia, jak również tragiczne warunki naszego życia polskiego w niewoli, sprawiły, że Zmarły nie mógł dać ze siebie wszystkiego, na co Go było niewątpliwie stać, i nie mógł być należycie wyzyskany dla nauki polskiej.

W Zakładzie fizjologicznym wskrzeszonego Uniw. Warsz. nazwisko Jego będzie zachowane we wdzięcznej pamięci, jako Tego, który w charakterze ofiarnego pomocnika stanął na pierwszy apel do syzyfowej pracy organizowania nowoczesnego Zakładu fizjologicznego w warunkach bardzo ciężkich.

F. Czubalski.

Wykaz prac śp. Antoniego Kuczyńskiego:

1. Histologja gruczołów Brunnera. — 2. Trzy przypadki białaczki u myszy białej, Gaz. Lek. N. 40 1892 wspólnie z Fajersztajnem. — 3. Tani i prosty aspirator, Gaz. Lek. N. 29 1894. — 4. Fizjologja. Poradnik dla Samouków cz. I. wyd. II. — 5. Oddział trawieńcowy przewodu pokarmowego oraz trzustka i wątroba. Podręcznik zbiorowy Histologji«. — 6. Ultramikroskop: badania ultramikroskopowe. Gaz. Lek. N. 24 1904. — 7. Ocena dzieła F. Hejmana: Choroby narządu słuchowego. Gaz. Lek. r. 1984. — 8. Ocena Fizjologji Człowieka. Gaz. Lek. r. 1917.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Tow. lekarskie krakowskie na dorocznem Walnem Zgromadzeniu, odbytem w dn. 10. I. b. r., wybrało na rok 1923 prezesem prof. Dra K. Majewskiego, wiceprezesem pułkownika-lekarza Dra J. Krysakowskiego, sekretarzem dorocznym Dra T. Pawlasa. Reszta członków Zarządu i miejscowej Komisji redakcyjnej bez zmian.

Zarząd Tow. lek. krakowskiego uchwalił na pierwszy kwartał 1923 r. wkładkę w kwocie 20.000 Mkp. Kwotą tą objęta jest należytość za prenumeratę »Polskiej Gazety lekarskiej«. Członkowie Tow. lek. krakowskiego opłacać zatem winni prenumeratę Towarzystwu lek. krakowskiemu a nie Administracji. Skarbnikiem Towarzystwa jest kol. Dr. A. Ackermann (Kraków, ul. Wiślna 5.).

Lwów.

Przy powtórnych wyborach na jednego członka Rady Lwowskiej Izby lekarskiej, odbytych w dniu 14. stycznia 1923., wybrany został Gen. Dr. Zdzisław Hordyński zam. we Lwowie.

Z Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Skarbnik Towarzystwa uprasza usilnie członków, aby w pierwszych trzech tygodniach złożyli na jego ręce wkładki oraz przedpłatę za pierwszy kwartał. (Przedpłata liczy się w złotych p.); wczesne płacenie jest w interesie członków wobec dewaluacji stałej Mkp.

Z Towarzystwa lekarzy p. b. Galicji. Rada zawiadowcza Towarzystwa zwraca się do członków z wezwaniem przysyłania na razie na ręce sekretarza (z powodu śmierci skarbnika) Doc. Dra Bocheńskiego (Lwów, Akademicka l. 21) wkładki (500 Mkp.) i prenumeraty za P. Gaz. lek. (kwartalnie 6 Złp. = 14.000 Mkp.)

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. II. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dn. 26. b. m. o godz. 6-tej pop. w Poliklinice ul. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Przedstawienie chorych, 2) Prof. Parnas: Najnowsze zapatrywania na patogenezę i leczenie cukrzycy. *I. Zieliński* prezes, *W. Janusz* sekretarz.

Zmarli.

Dr. Ludwik Krause, ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Starozakonnych w Warszawie.

Dr. Marjan Borsuk, wybitny chirurg, ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie, lek. Zarządu tramwajów miejskich.

Dr. Bronisław Chrostowski, lekarz naczelny szpitala św. Ducha w Warszawie, bardzo wzięty praktyk-internista.

Dr. Józef Gracki, zastępca naczelnego lekarza Dyrekcji kolei państwowych, zmarł w 60 r. życia we Lwowie.

Dr. Ryszard Urbanik, dyrektor szpitala w Tarnobrzegu, zmarł dn. 7. I. 1923 w Bochni, przeżywszy lat 48.